

ISSN PRINT 2730-1729
ISSN ONLINE 2697-5653

JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal Of Council Of Community-Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1
มกราคม - เมษายน 2567

Vol.6 no.1 January - April 2024



วสธ.

สภาการสาธารณสุขชุมชน
COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปัสเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล
ศาสตราจารย์ (คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เป่าพวย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

กองจัดการ

นางสาวฐิตินันท์ จันทรเยี่ยม
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายธนรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์มิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ ดร.สถิร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อณี
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมิจรัสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสงขลา

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที 6 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2567 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ.2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัด

แบบไม่ควบคุมตัว..... 1

Effect of Art Therapy on Stress of Non-control Treatment of Compulsory Drug Addicted Patients

สร้อยญา ขวัญเพชร, นิธินันท์ พงษ์ศิริ, อุดมเกียรติ พูลสวัสดิ์, สุจิตตรา ลักษณะ, วิจารณ์ สร้อยแก้ว, อมรรัตน์ สีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ ตำบลเมืองนะ

อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่..... 14

The Relationship Between Knowledge and Behavior of Food of Lahu People

Mueang Na Sub-district, Chiang Dao District , Chiang Mai Province

วัชรภรณ์ ร่องเสี้ยว, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม

การพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ

ของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ..... 26

The Development of Guidelines Regarding Cannabis in Opportunity Expansion

School of The Ministry of Education of Schools in Wang Thong Subdistrict

Phakdee Chumphon District Chaiyaphum Province

ณรงค์ฤทธิ์ เลิศอาวุธ, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, จตุพร เหลืองอุบล

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน ของนายทหาร.....	41
The analysis of structural causal relationship of factors influencing on operational honesty of soldiers พันโทนิติศักดิ์ เชื้อมวราศาสตร์, ปริญา จิตอร่าม	
ผลของการฝึกหายใจอย่างช้าต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง.....	57
Effects of slow breathing exercises on blood pressure levels in acutely hypertensive patients. Khlong Hoi Khong Hospital สุกิจ นำสวัสดิ์ชัยกุล, นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์	
การพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี.....	70
Development of Risk Management Tool for Quality Dental Clinics of Sub-district Health Promoting Hospitals in Pathum Thani Province จิตติพร บุนนาค	
การพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา.....	85
The development of a family doctor clinic vaccination service model Sadao Hospital อุไร หัดเลาะ, นกษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ	
คำแนะนำการส่งบทความ	99

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติด

กลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว

Effect of Art Therapy on Stress of Non-control Treatment of Compulsory Drug Addicted Patients

สรัญญา ขวัญเพชร¹, นิธินันท์ พงษ์ศิริ¹, อุดมเกียรติ พูลสวัสดิ์¹, สุจิตตรา ลักษณะ¹,

วิราสินี สร้อยแก้ว¹, อมรรัตน์ สีสุข¹,

Sarunya Kwunpat¹, Nitinun Pongsiri¹, Udomkiat Poolsawat¹, Sujitttra luksana¹,

Wirasinee Soikeaw¹, Amornrat Srisuk¹

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอกอกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี¹

Khok Pho Hospital, Khok Pho District, Pattani¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด ในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมศิลปะบำบัด 8 กิจกรรม ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต โดยจะทำการเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดผู้ป่วยมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดเท่ากับ 18.08 (SD = 2.96) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 8.42 (SD = 2.81) ดังนั้น การนำศิลปะบำบัดมาใช้ในการลดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมที่ควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมลดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยยาเสพติด, ความเครียด, ศิลปะบำบัด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pnitinun@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 083-9692984)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare stress levels of non-control compulsory treatment in drug-addicted patients before and after using art therapy program. The samples were 12 patients undergoing treatment and rehabilitation at KhokPho hospital. The experimental tool was the art therapy program consisting of eight activities provided by Thanyarak Songkhla hospital. The stress self-assessment form, developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, was used to collect data. Wilcoxon Signed Rank Test was employed to compare the stress levels of drug addicted patients before and after participating in the art therapy program. The results showed that after using the art therapy program, the patients' stress level reduced significantly ($p < 0.001$) illustrating as having the mean score of stress before participating in the art therapy = 18.08 (SD = 2.96) and after participating in the art therapy = 8.42 (SD = 2.81). Therefore, it indicates that the use of art therapy to reduce stress in the non-control compulsory treatment group of drug addicted patients can be an appropriate alternative treatment approach and can be used as a guideline to reduce stress in other groups of patients.

Keywords: Drug addicted patients, Stress, Art therapy

บทนำ

ผู้ที่ใช้ยาเสพติดจะส่งผลเสียต่อร่างกาย สมอง จิตใจ และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อาการหงุดหงิด ตื่นตกใจ วุ่นวายใจ หวาดระแวง มีอาการเจ็บป่วย และปัจจุบันปัญหาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลายเป็นปัญหาหลักที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศเกือบทุกมิติ ตั้งแต่ปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางด้านอาชญากรรม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยการบำบัดผู้เสพยาเสพติดแบ่งเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการเลิกสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ 2) ระบบบังคับบำบัด คือ การใช้กฎหมายบังคับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และ 3) ระบบต้องโทษ คือ การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลภายใต้ขอบเขตกรมราชทัณฑ์ การเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจปัจจุบันยังอยู่ในระดับต่ำ โดยส่วนใหญ่จะเข้าสู่การบำบัดหลังจากถูกจับกุมและเข้าสู่การบำบัดในระบบบังคับบำบัดหรือระบบต้องโทษซึ่งมีรูปแบบและกระบวนการบำบัดรักษาที่หลากหลาย มุ่งเน้นไปที่กระบวนการทางจิตสังคมเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การใช้ชีวิตที่ไม่พึ่งพายาเสพติด (พันธิพา ทองสลับ และ ฟิลซานา อับดุลรอมนัน, 2562)

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ แผนกคลินิกยาเสพติดมีบทบาทสำคัญในการบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยให้การบริการแบบผู้ป่วยนอก จากสถิติการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดปัตตานี ที่บังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว และฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2564 มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมี 94 ราย 158 ราย และ 107 ราย ตามลำดับ แม้ว่าการบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะช่วยในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ักพบผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลระหว่างการเข้ารับการบำบัดรักษา เพราะเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาโดยไม่เต็มใจจากระบบบังคับบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเจอสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การปรับตัวทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นจนส่งผลออกมาทางพฤติกรรม ถ้าหากความเครียดของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขหรือถูกสะสมไว้เป็นเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา และถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็ทำให้เกิดภาวะอารมณ์วิตกกังวลขึ้นได้

การจัดการความเครียดมีหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ทำให้บุคคลที่มีภาวะเครียดสามารถใช้ทักษะต่าง ๆ มาลดภาวะเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ได้ฝึกฝนการจดจ่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ไม่มีผิด ไม่มีถูก และไม่ยากเกินความสามารถจนสูญเสียความมั่นใจ และที่สำคัญ คือ ได้สนุกกับกิจกรรมที่ทำการฝึกฝนให้เรียนรู้ประสบการณ์ของการทำกิจกรรมอย่างมีสมาธิ ศิลปะบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ในการบำบัดรักษาความเครียดที่เกิดจากสาเหตุทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ช่วยให้ผู้ที่มีความทุกข์ทางด้านอารมณ์ และจิตใจได้ระบายปัญหา ความคับข้องใจ ผ่านออกมาทางดนตรีและงานศิลปะ โดยจะมีการนำความรู้ด้านจิตวิทยา จิตบำบัด และศิลปะบำบัดมาผนวกรวมด้วยกัน สามารถใช้เป็นเครื่องมือวิเคราะห์และวางแผน เพื่อนำผู้ป่วยไปสู่ความเข้าใจและพบทางเลือกในการคลี่คลายปัญหา (พรนภา สุขุมลศิริ และ รุ่งนภา สุวรรณศรี, 2564; Urbinner, 2021) โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ติดสารเสพติด การศึกษาของ พันธิภา ทองสลับ และ พัลชานา อับดุลรอหมัน (2566) พบว่าการใช้โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลแบบเผชิญ และแบบแฝงของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดได้ อีกทั้งการศึกษาของ ภริญา ราชสันเทียะ (2563) พบว่าการใช้ศิลปะบำบัดก็มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้บำบัดยาเสพติด โดยผู้ป่วยหลังจากได้รับศิลปะบำบัดจะมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อเข้ารับการบำบัดด้วยศิลปะบำบัดแล้วจะทำให้ความเครียดลดลง เพราะการทำศิลปะสามารถใช้เป็นสื่อกลางที่จะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดยอมเปิดประตูบานสำคัญที่ซ่อนเร้นออกมาให้เราได้ศึกษาและทำความเข้าใจ เพื่อดึงเอาส่วนที่เป็นทัศนคติในด้านต่าง ๆ ออกมา และทำให้ผู้บำบัดสามารถแก้ไขปัญา และบำบัดได้อย่างตรงจุด ในปี 2561 โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้ร่วมมือกับเครือข่ายผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลห้วยยอดจังหวัดตรัง และภาควิชาจิตเวชคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พัฒนาจัดทำคู่มือศิลปะบำบัดสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ที่ประกอบด้วย 8 กิจกรรมที่ส่งเสริมลดภาวะเครียด ทำให้บุคคลที่มีภาวะเครียดสามารถใช้ทักษะต่าง ๆ มาลดภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ที่มีความทุกข์ทางด้านอารมณ์ และจิตใจได้ระบายปัญหาความคับข้องใจ ช่วยปลดปล่อยอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ออกมาในทางสร้างสรรค์ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความขุ่นมัวในจิตใจ โดยกระบวนการสร้างสรรค์ศิลปะมุ่งเน้นที่จะลดความขัดแย้ง และกรอบความคิดในจิตใจ เพื่อดูแลความอ่อนแอในจิตใจที่นำพามาซึ่งการใช้ยาเสพติด การได้สร้างสรรค์ และทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาพที่ชัดเจนของเป้าหมายเชิงบวกในการเลิกยาเสพติด ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการที่จะนำศิลปะบำบัด มาใช้ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในกลุ่มของผู้ป่วยบังคับบำบัดจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดปัตตานีจากการใช้ยาเสพติด ของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพติดยาเสพติดได้สำเร็จโดยปราศจากความเครียด และกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์วิจัย

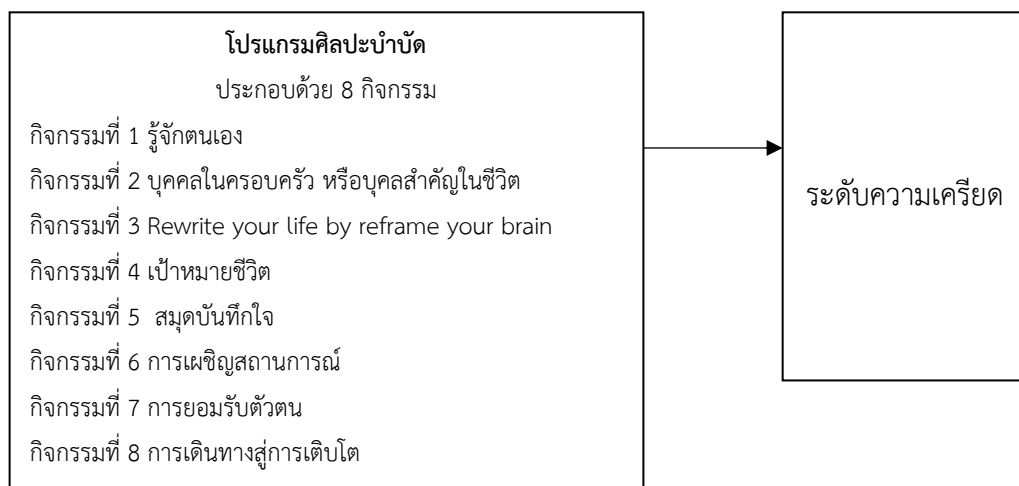
เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวหลังเข้าโปรแกรมศิลปะบำบัดมีระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว ผู้วิจัยใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา, 2561) ที่ได้พัฒนาร่วมกับเครือข่ายผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลห้วยยอดจังหวัดตรัง และภาควิชาจิตเวชคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยโปรแกรมศิลปะบำบัดประกอบด้วย 8 กิจกรรม ที่ส่งเสริมลดภาวะเครียด ทำให้บุคคลที่มีภาวะเครียดสามารถใช้ทักษะต่าง ๆ มาลดภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาความคับข้องใจ ช่วยปลดปล่อยอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดออกมาในทางสร้างสรรค์ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความขุ่นมัวในจิตใจ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

ศิลปะบำบัด หมายถึง การบำบัดรักษาในรูปแบบหนึ่งที่ใช้กิจกรรมทางศิลปะเพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติทางประการของกระบวนการทางร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ดีขึ้น

ความเครียด หมายถึง ความเครียดภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจคับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจสับสน โกรธหรือเสียใจ

ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดหลังจากถูกจับกุม และได้รับพิจารณาว่าเป็นผู้เสพยา/ติดยาเสพติด ที่จะต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว 120 วัน และต้องติดตาม 1 ปี

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน และ หลังการทดลอง (The One Group, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ในการคัดเลือกออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

- 1) ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว 120 วัน และต้องติดตาม 1 ปี ตามกระบวนการบำบัดรักษาแนวทางปกติ
- 2) ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Substance/Medication-Induced Mental disorder ตามเกณฑ์ปี 2564 ตั้งแต่เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564 และมีการติดตามตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 - ธันวาคม 2565 (กระบวนการบำบัดรักษาตามแนวทางปกติ)
- 3) ผู้ป่วยที่ทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (สมชาย จักรพันธุ์, 2542) แล้วพบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเครียดมาก
- 4) ต้องเป็นผู้ป่วยที่สามารถเขียน อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก

- 1) ผู้ป่วยที่มีความประสงค์ไม่ต้องการเข้าร่วม หรือต้องการยุติการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างการศึกษาวิจัย
- 2) ผู้ป่วยที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดไม่ครบ 8 กิจกรรม
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจิตเวชแทรกซ้อนระดับรุนแรง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือกร t-tests, Statistical test เลือกร Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน ดังสูตร

$$n = \frac{27}{(1-.1)^2} = 33.33$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน การสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Substance/Medication-Induced Mental disorder ตามเกณฑ์ปี 2564 ตั้งแต่เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564 และมีการติดตามตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 - ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมศิลปะบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว โดยผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมการใช้เครื่องมือจากโรงพยาบาลธัญญลักษณ์สงขลา ในโครงการพัฒนาเครือข่ายผู้บำบัดยาเสพติดโดยใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดเพื่อการฟื้นฟู โปรแกรมศิลปะบำบัดประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้จักตนเอง กิจกรรมที่ 2 บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในชีวิต กิจกรรมที่ 3 Rewrite your life by reframe your brain กิจกรรมที่ 4 เป้าหมายชีวิต กิจกรรมที่ 5 สมุดบันทึกใจ กิจกรรมที่ 6 การเผชิญสถานการณ์ กิจกรรมที่ 7 การยอมรับตัวตน และกิจกรรมที่ 8 การเดินทางสู่การเติบโต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (สมชาย จักรพันธุ์, 2542) ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ระดับอาการ โดยจะให้ผู้ป่วยให้คะแนนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 0 คือ ไม่เคยเลย 1 คือ เป็นครั้งคราว 2 คือ เป็นบ่อย และ 3 คือ เป็นประจำ โดยจะให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ ในแต่ละข้อคำถาม

การแปลผล หลังจากผู้ป่วยทำการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดแต่ละข้อแล้ว จะนำเอาคะแนนแต่ละข้อมารวมกันและแบ่งกลุ่มระดับความเครียดออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 0-5 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบไม่จริงใจ/ไม่แน่ใจในคำถาม
- 6-17 คะแนน หมายถึง ปกติ/ไม่เครียด
- 18-25 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
- 26-29 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง และ
- 30 คะแนน หมายถึง เครียดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึง การมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย โดยมีค่าความไว เท่ากับ 70.4 ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 64.6 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.86 (สมชาย จักรพันธุ์, 2542)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจน การฝึกทักษะให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ก่อนการทดลอง (Pre-test)

ขั้นตอนการประกอบไปด้วย ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดในการทำกลุ่มบำบัดทั้งหมดมี 8 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1 ศิลปะบำบัดประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างพื้นที่ให้ผู้เข้ารับบำบัดได้ใช้กระบวนการสร้างสรรค์ศิลปะเป็นการสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งด้วยการเตรียมสถานที่ที่สงบมีพื้นที่ได้สร้างสรรค์อย่างเหมาะสมกับผู้รับการบำบัด เตรียมอุปกรณ์ และวัสดุที่เหมาะสมและพอเพียงต่อการใช้งานแต่ละครั้ง มีการพูดคุยปฏิสัมพันธ์ก่อนที่จะแนะนำอุปกรณ์ และโจทย์ที่จะให้ผู้ป่วยได้ทำการสร้างสรรค์ (ระหว่างการสร้างสรรค์อาจจะให้โจทย์เพิ่มเมื่อเห็นว่าจะเป็นการช่วยนำพาการสร้างสรรค์ได้) ขั้นตอนสุดท้ายคือการพูดคุยถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผลงานศิลปะ วัสดุและอุปกรณ์หรือพฤติกรรมขั้นตอนการสร้างสรรค์ศิลปะได้สะท้อนมุมมองให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมโดยศิลปะจะช่วยสื่อสารความรู้สึกทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว โดยจะทำการกิจกรรมทุกวันอังคาร สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม (รวมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์) แต่ละกิจกรรมจะใช้ระยะเวลาประมาณ 90-120 นาที

ตารางที่ 1 โปรแกรมศิลปะบำบัด

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดสำคัญ / กิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 รู้จักตนเอง	มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยทบทวนมุมมองที่มีต่อตนเอง และมุมมองที่ผู้อื่นมีต่อเราทั้งด้านบวกและด้านลบ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน นำไปสู่การเติบโตและเข้มแข็งทางจิตใจ มีกิจกรรม ดังนี้ - ให้ผู้ป่วยแต่ละคนวาดรูปหน้ากากที่แสดงถึงมุมมองของผู้อื่นที่มีต่อตัวเรา และระบายสีอย่างอิสระ (รับรู้ว่าคุณอื่นมองเราอย่างไร) - ให้ผู้ป่วยพลิกกระดาษอีกด้านหนึ่งที่ยังว่างวาดรูประบายสีมุมมองของตัวเราที่มีต่อตนเอง (รับรู้ว่ามองตนเองอย่างไร) และ - ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยที่มุมมองหน้ากากทั้งสองด้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ รับรู้อัตลักษณ์ในเชิงบวกจะทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองเกิดความเชื่อมั่นปรับตัว และจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นและป้องกันการกลับไปเสพติด
กิจกรรมที่ 2 บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลสำคัญ ในชีวิต	เพื่อค้นหาและประเมินความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต และเพื่อเป็นแรงผลักดัน เป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีกิจกรรม ดังนี้ - ผู้บำบัดให้ผู้ผู้ป่วยสัมผัส และทำความรู้จักกับดินน้ำมันโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น ตีแรง ๆ นวด แบ่งเป็นชิ้นเล็ก ๆ ปั้นกลม ๆ นำมานวดรวมกัน - ให้ผู้ป่วยปั้นรูปสัญลักษณ์แทนตนเอง - ให้ผู้ป่วยปั้นสัญลักษณ์แทนบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย - ให้ผู้ป่วยนำรูปปั้นแทนผู้ป่วย และครอบครัวจัดวางบนกระดาษร้อยปอนด์ - ให้ผู้ป่วยพูดคุย เล่าเรื่องราวถึงตนเอง และบุคคลในครอบครัวตามรูปปั้น
กิจกรรมที่ 3 Rewrite your life by reframe your brain	เพื่อให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์สาเหตุ ตัวกระตุ้นความคิด ความเชื่อ ข้ออ้าง และผลกระทบจากการเสพติด มีกิจกรรม ดังนี้ - ให้ผู้ป่วยแต่ละคนวาดรูปใบหน้าคนและระบายสีแทนชีวิตของตนเองในช่วงก่อนเข้ายาเสพติด ในใบหน้าคนที่วาด

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดสำคัญ / กิจกรรม
	- ให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึกและชีวิตของตนเองช่วงก่อนที่จะเริ่มก้าวสู่การเป็นผู้เสพยาเสพติด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนหาภาพจากนิตยสารหรือรูปภาพอื่น ๆ ที่แสดงถึงเหตุผลความคิด ความเชื่อและข้ออ้างที่ทำให้ใช้ยาเสพติดเพื่อปะติดปะต่อภาพที่ระบายสีใบหน้า - ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความคิดความเชื่อ และข้ออ้างที่ทำให้เสพยาเสพติด - จากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำกระดาษสีแปะปิดทับส่วนที่ได้ปรับเปลี่ยนไปแล้ว หรือรู้สึกว่าการปรับเปลี่ยน และให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงส่วนภาพที่ปิดทับ และสาเหตุที่ตนเองได้ปรับเปลี่ยน ความคิด ความเชื่อในการเสพยาเสพติด
กิจกรรมที่ 4 เป้าหมายชีวิต	เพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์และเน้นย้ำให้เห็นจุดอ่อน จุดแข็งของตนเองอย่างชัดเจน และเพื่อให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายในชีวิตของตนเองโดยผ่านกิจกรรม ดังนี้ - ให้ผู้ป่วยวางมือทั้งสองข้างบนกระดาษร่ายปอนด์ และวาดรูปมือทั้ง 2 ข้าง และตัดกระดาษโดยเว้นบริเวณนิ้วหัวแม่มือเพื่อไม่ให้กระดาษขาดจากกัน - ให้ผู้ป่วยวาดลายเส้นเพื่อแทนความเข้มแข็งลงในกระดาษรูปมือข้างที่ถนัด และวาดลายเส้นเพื่อแทนความอ่อนแอลงในกระดาษรูปมือข้างที่ไม่ถนัด และให้ผู้ป่วยเขียนข้อดีหรือจุดแข็งของตนเองในลายเส้นในมือที่ถนัด จากนั้นเขียนจุดอ่อน หรือข้อด้อยของตนเองในกระดาษรูปมือข้างที่ไม่ถนัด - ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าถึงจุดอ่อน และจุดแข็งของตนเอง - ผู้บำบัดแจกกระดาษสีรูปหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้เขียนเป้าหมายที่กำหนดไว้ในรูปหัวใจ และนำกระดาษรูปหัวใจไปติดทับระหว่างนิ้วหัวแม่มือของมือทั้ง 2 ข้าง - ให้ผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายชีวิตของตนเองและวิธีการปรับเปลี่ยนตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปถึงเป้าหมายซึ่งเป้าหมายชีวิตจะสำเร็จและเป็นจริงได้นั้น ควรเริ่มต้นจากการ รู้จักตนเอง รู้จักข้อดี จุดแข็งแรงแห่งตนเอง และข้อเสียจุดอ่อนของตนเอง เพื่อนำไปสู่การสร้างเป้าหมายให้เหมาะสมกับศักยภาพหรือความถนัดของตนเองเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ หากผู้ป่วยมีจุดอ่อนที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายชีวิตที่วางไว้ก็ควรพัฒนาจุดแข็งที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อนำจุดแข็งนั้นมาเสริมในการดำเนินตามเป้าหมายที่ตั้งไว้รวมทั้งอาจปรับเป้าหมายให้เหมาะสมตามความเป็นจริง เป้าหมายชีวิตถือเป็นสิ่งท้าทายที่ต้องดำเนินการให้ได้เป็นเหมือนเข็มทิศในการดำเนินชีวิต
กิจกรรมที่ 5 สมุดบันทึกใจ	เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างความคุ้นเคยกับการสร้างสรรค์ศิลปะ และรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกประสบความสำเร็จ และลดความกดดัน มีกิจกรรม ดังนี้ - ให้ตัวอย่างสมุดทำมือ 1 เล่ม และแนะนำวิธีการทำสมุดทำมือ จากนั้นให้ผู้ป่วยลงมือทำสมุดทำมือของตนเอง พร้อมตกแต่งหน้าปกสมุดทำมือด้วยสัญลักษณ์แทนตนเอง และให้ผู้ป่วยพูดคุยแนะนำตนเองผ่านสัญลักษณ์แทนตัวเองบนหน้าปกสมุดทำมือ - ผู้ป่วยบันทึกในสมุดทำมือภายใต้หัวข้อ วันนี้ฉันรู้สึก... และวันนี้ฉันเรียนรู้... - ผู้บำบัดบันทึกในสมุดทำมือของผู้บำบัดภายใต้หัวข้อความรู้สึก และการเรียนรู้ของผู้บำบัดเอง และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยแต่ละคน
กิจกรรมที่ 6 การเผชิญสถานการณ์	เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ความไม่แน่นอน และให้ผู้ป่วยยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นเข้าใจการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งการเพิ่มมุมมองและทางเลือกในการรับมือกับสถานการณ์ มีกิจกรรม ดังนี้

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดสำคัญ / กิจกรรม
	- ก่อนเริ่มกลุ่ม ผู้บ่าบัดนำกระดาดร้อยปอนดัดิดกับโตะเทำกับจำนวนกลุ่มและเตรียมปากกาเคมี สีเทียนไว้นโตะแต่ละกลุ่ม และให้ผู้ป้วยแบ่งกลุ่ม ๆ อย่างน้อยกลุ่มละ 4 คน - ให้ผู้ป้วยคนแรกในแต่ละกลุ่มออกมาจับฉลากหนึ่งใบแล้วอ่านและทำความเข้าใจคำสั่งในฉลาก แล้วไปวาดภาพบนโตะทำกิจกรรมตามคำสั่ง (ให้เวลา 1 นาที) เมื่อหมดเวลาให้กลับมา นั่งที่เดิมโดยห้ามสื่อสารหรือพูดคุยกับผู้อื่น - ให้ผู้ป้วยแต่ละคนวาดภาพใดก็ได้ในกระดาดที่กำหนดให้และวาดให้เต็มกระดาดโดยภาพที่วาดต้องสอดคล้องเป็นเรื่องราวเดียวกัน และไม่ทำลายชิ้นงานของบุคคลอื่น - เมื่อวาดรูปเสร็จให้ผู้ป้วยทุกคนในแต่ละกลุ่มร่วมพูดคุยตั้งชื่อชิ้นงานพร้อมเล่าเรื่องราวให้ผู้ป้วยอื่นฟัง ซึ่งในชีวิตประจำวันเราอาจต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนหรือกำหนดไม่ได้ ดังนั้น ผู้ป้วยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงอย่างเหมาะสม
กิจกรรมที่ 7 การยอมรับตัวตน	เพื่อให้ผู้ป้วยตระหนัก ยอมรับตัวตน สภาพความเป็นจริงของตนเองและเกิดการตระหนักในการปรับเปลี่ยนแก้ไขและพัฒนาตนเอง มีกิจกรรม ดังนี้ - ก่อนเริ่มกลุ่มผู้บ่าบัดจัดเตรียมสิ่งของเหลือใช้ที่อยู่ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์จำนวนมากในกลุ่มใส่ในกล่องกระดาดขนาดใหญ่ปิดทึบ - ให้ผู้ป้วยแต่ละคนหยิบสิ่งของในกล่องคนละ 1 ชิ้นโดยผู้ป้วยไม่เห็นว่ของในกล่องนั้นมีอะไรบ้าง (เพื่อให้ผู้ป้วยรับรู้ว่ชีวิตเลือกเกิดไม่ได้) และห้ามผู้ป้วยพูดคุยกับผู้ป้วยรายอื่น - ผู้บ่าบัดกำหนดโจทย์คำสั่งว่ หากสิ่งของแต่ละคนหยิบได้เป็นชีวิตของแต่ละคน แต่ละคนจะปรับเปลี่ยนแก้ไขพัฒนาหรือทำอย่างไรกับชีวิตของตนเอง - ให้ผู้ป้วยตกแต่งสิ่งของที่ตนหยิบได้ โดยใช้อุปกรณ์ตกแต่งได้โดยอิสระ - ให้ผู้ป้วยตั้งชื่อผลงานของตน - ถ้าผู้บ่าบัดสามารถช่วยให้ผู้ป้วยได้ตระหนักถึงการยอมรับตนเองทั้งแง่บวกและแง่ลบยอมรับภาวะติดยา และยอมรับว่พ่ายแพ้ต่อยาเสพติดรวมทั้งเสริมกำลังใจให้ผู้ป้วยเริ่มต้นและเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตให้ไปในทางที่ดีและเหมาะสมได้ก็จะทำให้ผู้ป้วยมีชีวิตที่ปลอดยาเสพติดได้ยาวนานยิ่งขึ้น
กิจกรรมที่ 8 การเดินทางสู่การเติบโต	เพื่อให้ผู้ป้วยรับรู้ถึงการเติบโตภายใน มีความเชื่อมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของตนเอง มีกิจกรรม ดังนี้ - แจกกระดาดขนาด A5 ให้ผู้ป้วยคนละ 1 แผ่น และให้ผู้ป้วยวาดรูปหรือทำสัญลักษณ์แทนตัวเองในปัจจุบันลงในกระดาดขนาด A5 โดยใช้อุปกรณ์ตกแต่งที่จัดเตรียมไว้ - ให้ผู้ป้วยนำภาพสัญลักษณ์แทนตัวเองในปัจจุบันปิดทับภาพเดิมที่ปกหน้าของสมุดทำมือ - ให้ผู้ป้วยวาดภาพหรือเขียนข้อความถึงคนสำคัญในชีวิตของผู้ป้วยลงในสมุดทำมือ - ให้ผู้ป้วยเขียนจดหมายหรือเขียนข้อความถึงตนเองในสมุดทำมือ - ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนเราส่วนหนึ่งมาจากการไม่รู้จักตนเองการไม่ยอมรับตนเองอย่างแท้จริงไม่เห็นคุณค่า และไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจนก่อให้เกิดตกอยู่ในสภาพขาดสมดุลทางจิตใจมีความคิด และความเชื่อในแง่ลบ ส่งผลต่อพฤติกรรมทางลบ

ชั้นหลังการทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต หลังการทดลอง (Post-test) พร้อมทั้งมีการติดตามและนัดซ้ำ บุคคลที่ยังมีภาวะเครียดยังจัดให้มีการนัดหมายพูดคุยหรือยังมีการโทรคอยติดตามอาการปรับทัศนคติเพื่อเพิ่มพลังบวกซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank Test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี จริยธรรมหมายเลข RECPTN No.021/66 ก่อนการวิจัยคณะผู้วิจัยได้มีการแจกแจงรายละเอียดการวิจัยให้กับผู้ป่วยได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัยจากผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อตามความต้องการ ที่สำคัญผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของผู้ป่วยโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน พบมีผู้ป่วยอยู่ครบตลอดโครงการเพียง 12 คน และจากกลุ่มตัวอย่าง 12 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.67 หรือ 11 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน และมีการแบ่งกลุ่มช่วงอายุออกเป็นสามช่วง คือ <30 ปี 30-40 ปี และ >40 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.67, 58.33 และ 25.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากถึงร้อยละ 75.00 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ $\leq 5,000$ บาท คิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการใช้สารเสพติดครั้งแรกเนื่องจาก เพราะอยากลอง เพราะเพื่อนชวน และเพราะมีเรื่องไม่สบายใจคิดเป็นร้อยละ 50.00, 41.67 และ 8.33 ตามลำดับ อีกทั้งเป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการบำบัดยาเสพติดมาก่อนมากถึงร้อยละ 83.33 และเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.67

2. เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดก่อนและหลังใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด (n=12)

ระดับความเครียด	M	SD	Z	p-value(2-tailed)
ก่อน	18.08	2.96	-3.028	0.0024
หลัง	8.42	2.81		

จากตาราง 2 หลังใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดผู้ป่วยมีความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดเท่ากับ 18.08 (SD= 2.96) (จัดอยู่ในกลุ่มเครียดกว่าปกติเล็กน้อย) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 8.42 (SD = 2.81)

อภิปรายผล

หลังจากผู้ป่วยใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด พบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัด เท่ากับ 18.08 และคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดหลังเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัด เท่ากับ 8.42 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัด มากกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว 8 กิจกรรม มีกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความคิด ระบายความรู้สึกได้เล่าเรื่องตนเอง กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนภายในกลุ่ม อีกทั้งในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดมีบรรยากาศในการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใส่ใจกับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น สามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเอง ยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน ตระหนักในคุณค่าของตนเอง และระหว่างการสร้างสรรคงานศิลปะช่วยทำให้เกิดความสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และลดความเครียดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทิพย์ สังเกตใจ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมศิลปะและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัด มากกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมเช่นกัน อีกทั้งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ นพ.ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา (ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2564) ที่กล่าวว่า การนำศิลปะมาใช้ในการพัฒนาจิตใจ จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และอารมณ์ได้ระบายปัญหา ความคับข้องใจ ช่วยให้อารมณ์ออกมาในหนทางที่สร้างสรรค์ ผ่านออกมาทางงานศิลปะ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เข้าใจและรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ช่วยให้มีความสุข ลดความตึงเครียด และลดความวิตกกังวลลงได้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนำโปรแกรมศิลปะบำบัด 8 กิจกรรม มาใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จะช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดได้ใช้กระบวนการสร้างสรรค์ทางศิลปะในการสื่อสาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดตัวตนและสะท้อนมุมมองให้ตระหนักถึงความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม โดยศิลปะบำบัดจะช่วยสื่อสารความรู้สึกทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปลดปล่อยและมีความผ่อนคลาย อีกทั้งจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย (สายอักษร รักคง, 2563) รวมทั้งศิลปะบำบัดยังสามารถใช้เป็นสื่อให้รู้ความเป็นตัวตนของบุคคลนั้นได้ โดยถ่ายทอดมาทางผลงานศิลปะ และการใช้ศิลปะบำบัดจะช่วยเยียวยาทางด้านร่างกาย สมอง และพฤติกรรม จากการศึกษาที่ผ่านมาของ พันธิพา ทองสลับ และ พลชานา อับดุลรอหมัน (2562) พบว่ากิจกรรมศิลปะบำบัดไม่สามารถเอาประสบการณ์ที่เจ็บปวดออกไปได้ทั้งหมดแต่ก็ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีวิธีจัดการกับปัญหา ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและกล้าเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการใช้ศิลปะบำบัดจากการเขียน การวาดรูปร่วมกัน ทำให้สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างศิลปะบำบัด กับความรู้สึกของผู้รับการบำบัด ก่อให้เกิดสมาธิที่จดจ่ออยู่กับผลงานโดยไม่รู้ตัว และช่วยขัดเกลาและพัฒนาจิตใจให้คลายความกังวลให้ดีขึ้น ดังนั้นการนำศิลปะบำบัดมาใช้ในการลดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมที่ควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมลดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

การนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาโปรแกรมศิลปะบำบัดในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 91.67 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 8.43 พบว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดได้ดี ดังนั้นโปรแกรมศิลปะบำบัด 8 กิจกรรม นี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมลดความเครียดในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวได้ รวมถึงสามารถนำไปเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มอื่น ๆ ได้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว ที่มีภาวะความเครียด ที่มีสาเหตุมาจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ศิลปะบำบัดในการลดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับเทคนิค หรือวิธีบำบัดอื่น ๆ
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ศิลปะบำบัดในการลดความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติด ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น 1 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมศิลปะบำบัดโดยเน้นกระบวนการ และการเปลี่ยนแปลงระหว่างกระบวนการ
4. ควรศึกษาเพิ่มเติมผลอื่น ๆ ที่จะตามมา เช่น ภาวะวิกฤต หรือผลกระทบอื่น ๆ ลดลงด้วยหรือไม่

รายการอ้างอิง

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Urbinner. (2021). Art Therapy. Urbinner. Retrieved June 19, 2023, from <https://www.urbiner.com/post/what-is-art-therapy>
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2564). ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด. Retrieved June 19, 2023, from https://www.happyhomeclinic.com/alt02-arttherapy_artandscience.htm
- พจนภา สุขมูลศิริ, และ รุ่งนภา สุวรรณศรี. (2564). การออกแบบสื่อศิลปะบำบัดความเครียดเพื่อส่งเสริมสุขภาวะจิตในวัยทำงาน. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์วิชาการ วิจัย และงานสร้างสรรค์*, 8(2), 95–133.
- พวงทิพย์ สังเกตใจ, สุนภาวรรณท์ กิ่งกาญจน์, นิยมล สุพัชญญา, และ โชติกาญจน์ชยเกษม ดวงใจ. (2563). การศึกษาประสิทธิผลการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมศิลปะและดนตรีบำบัด ในผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. *โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- พันธิพา ทองสลับ, และ พัลชานา อับดุลรอมน. (2562). ศึกษาการนำร่องผลการศิลปะบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด กรณีศึกษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. *กรมการแพทย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี*.
- พันธิพา ทองสลับ, และ พัลชานา อับดุลรอมน. (2566). การศึกษาเบื้องต้น: ผลของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online)*, 54(2), 56–66.
- ภริญา ราชสันเทียะ. (2563). ผลของการใช้ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้บำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix ในโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(4), 94–98.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. (2561). ศิลปะบำบัดสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด. *โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- สมชาย จักรพันธุ์. (2542). การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ด้วยคอมพิวเตอร์: รายงานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- สายอักษร รักคง. (2563). การเยียวยาสภาวะทางจิตด้วยศิลปะบำบัด. *วารสารศิลป์ พีระศรี*, 7(2), 65–84.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของชาวล่าหู่ ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

The Relationship Between Knowledge and Behavior of Food of Lahu People
Mueang Na Sub-district, Chiang Dao District , Chiang Mai Province

วัชรภรณ์ ร่องเสี้ยว¹, วราภรณ์ บุญเชียง¹, อักษรา ทองประชุม¹

Watcharaporn Rongsaiw¹, Waraporn Boonchieng¹, Aksara Thongprachum¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹

Faculty of Public Health Chiang Mai University¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความรู้ด้านการบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวล่าหู่ ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลจากการวิจัยเอกสาร แบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนชาวล่าหู่จำนวน 381 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมของชาวล่าหู่อยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวก อธิบายได้ว่า เมื่อชาวล่าหู่มีระดับความรู้ในการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวล่าหู่ที่ดีขึ้นด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : ความรู้ด้านการบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารชาวล่าหู่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: watcharaporn.rongsaiw@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 095-4453813)

Abstract

This descriptive research aimed to study knowledge of food consumption, food consumption behavior, and relationship between knowledge of food consumption and food consumption behavior of the La-hu people in the area of Mueang Na sub-district, Chiang Dao district, Chiangmai province. Data were collected by related documents and questionnaires. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data. The results revealed that the samples consisted of 381 Lahu people. They had their knowledge about food consumption at a low level and food consumption behavior at a moderate level. The relationship between knowledge about food consumption and food consumption behavior of the samples was found as having a positive relationship. This explains that when the Lahu people increase their knowledge about food consumption, they will also improve their food consumption behavior significantly at the 0.01 level.

Keywords: Knowledge of food consumption, Food Consumptions Behavior, Lahu people

บทนำ

จากสถานการณ์การบริโภคอาหารท้องถิ่นในระดับประเทศที่กำลังได้รับความนิยม เนื่องจากกระแสความนิยมการบริโภคจากโซเชียลเน็ตเวิร์คและจากผู้ทรงอิทธิพลด้านแฟชั่นการรับประทานอาหารตามสื่อต่าง ๆ ในขณะเดียวกันก็พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการอย่างรวดเร็ว โดยได้มีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารจากอาหารท้องถิ่นสู่การบริโภคอาหารสมัยใหม่ที่มีพลังงานจากน้ำตาลและไขมันอิ่มตัว (Shekar & Barry, 2020) การบริโภคอาหารข้างต้นส่งผลต่อการขาดสารอาหารและน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นการบริโภคอาหารพื้นบ้านจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริโภคของประชาชนเนื่องจากอาหารพื้นบ้านไทย มักมีส่วนประกอบของไขมันต่ำ มีผักพื้นบ้านเป็นส่วนประกอบหลัก และอาหารพื้นบ้านไทยยังมีความหลากหลายของการประกอบอาหารอันเกิดจากภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมา

กลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีการบริโภคอาหารมีความเป็นเอกลักษณ์จากการศึกษาการดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน กรณีศึกษาลาหู่เชียงราย ของสุนิดา อรรถอนุชิต และรอฮานี เจอะอาแซ (2562) พบว่า ชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดเชียงราย มีการดูแลสุขภาพของชนชาติพันธุ์ 1) ระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านซึ่งเป็นระบบสุขภาพหลักของชุมชน ได้แก่ พิธีกรรมบำบัด สมุนไพรบำบัด โภชนาบำบัด การบำบัดด้วยความเชื่อ 2) ระบบการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์สมัยใหม่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย การศึกษารังนี้ช่วยให้เข้าใจวิถีการดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้านทั้งในมิติที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพจากความเชื่อทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ ความมั่นคงของชาวลาหู่ ขึ้นอยู่กับการดำรงอยู่ของวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวลาหู่ที่มีการสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ดังนั้น หากต้องการเสริมสร้างทักษะด้านความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารของชาวลาหู่ สำหรับคนไทยโดยเฉพาะชาวไทยล้านนา ซึ่งส่วนใหญ่จะบริโภคอาหารตามภูมิปัญญาพื้นบ้านสืบทอดจากบรรพบุรุษ ดังตามที่ฉวีวรรณ สุวรรณภา, อรอนงค์ วูวงศ์ และเสริมศิลป์ สุขเมธีสกุล (2560) กล่าวไว้ว่า อาหารพื้นบ้านเป็นเอกลักษณ์ที่แสดงออกถึงวัฒนธรรม

ของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งชาวบ้านจะมีการปรุงอาหารโดยอาศัยวัตถุดิบที่ได้จากธรรมชาติและหาได้ง่าย มีวิธีการปรุงอย่างเรียบง่าย นอกจากนั้นคนในท้องถิ่นได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้วิธีการปรุงอาหารจากรุ่นสู่รุ่น ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นชาวไทยล้านนา หรือ ชาวไทยภูเขาล้านนาล้วนยังคงสืบทอดวิถี และการบริโภคจากรุ่นสู่รุ่นดังที่เคยเป็นมา

อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีอาณาเขตติดต่อกับสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์ มีการอพยพเคลื่อนย้ายของชนกลุ่มน้อย คือ เมียร์มาร์ ไทยใหญ่ และมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลเมืองนะ โดยความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหวาย จากการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2558 - 2560 พบว่า พบกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.83 ร้อยละ 4.59 และร้อยละ 8.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นชาวลahu ในปี 2560 มีข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 392 คน ชาวลahu ร้อยละ 60.45 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 173 คน เป็นชาวลahu ร้อยละ 35.26 จากข้อมูลอันดับโรคที่ป่วยสูงสุดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหวาย พบว่า อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคทางเดินอาหาร โรคเบาหวาน ไข้หวัด และอุจจาระร่วง ตามลำดับ และปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจมีสาเหตุเกิดจากการพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเกิดจากวัฒนธรรมและประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์ และสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภค เช่น ด้านการบริโภคอาหารหลัก ๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอาหารที่หาได้ง่ายในพื้นที่ ส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัว อาหารในชีวิตประจำวันของชาวลahu คือ ข้าวกับน้ำพริกและเกลือ นิยมบริโภคอาหารเผ็ดและมีรสเค็ม กับข้าวแทบทุกชนิดต้องใส่พริก ส่วนพืชผักและเนื้อสัตว์ที่นำมาบริโภค จะขึ้นอยู่กับฤดูกาลเป็นส่วนใหญ่ เพราะส่วนใหญ่จะได้มาจากการผลิตเอง และจากธรรมชาติรอบข้าง (สุธีลักษณ์ ลาตปาละ, 2554) ทั้งยังไม่มีการถนอมอาหารสำหรับอาหารที่ทำจำนวนมาก และจำเป็นต้องเก็บไว้รับประทานในภาวะขาดแคลน ส่วนอาหารตามประเพณีที่สำคัญนั้น จะเป็นกลุ่มข้าวแป้งโปรตีน และไขมัน จึงบริโภคอาหารกลุ่มดังกล่าวจนสิ้นสุดประเพณี จะเห็นชาวลahu มีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตจากรุ่นสู่รุ่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาจส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคเรื้อรัง และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้ อีกทั้งยังพบว่าชาวลahu เป็นชนกลุ่มที่ยึดมั่นในวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น ความเชื่อ ข้อห้าม ซึ่งวิถีชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงระบบความคิด ความเชื่อของคนไทยเชื้อสายลาหู่เป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของชุมชนที่เป็นเอกลักษณ์สืบทอดกันมาหลายชั่วคน ซึ่งเป็นรูปแบบของประเพณีที่ได้รับการถ่ายทอดให้สมาชิกของสังคมตลอดมา ซึ่งมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่เป็นอย่างมาก ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ในการบริโภคที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะยิ่งช่วยทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี และปราศจากโรคเรื้อรังได้อีกด้วย (พระครูสังฆรักษ์บุญเสริม กิตติวัฒน์ รวีโรจน์ ศรีคำภา, กาญจนา คำจุติ และคุณญา แก้วทันคำ, 2562).

จากสถานการณ์ปัญหาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu ปัญหาสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคทางเดินอาหาร โรคอุจจาระร่วง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu เป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันปัญหาทุกโภชนาการ และการป้องกันโรคติดต่อจากระบบทางเดินอาหารในกลุ่มชาวลahu ตลอดจนนำผลการวิจัยไปประกอบการวางแผนงานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันในกลุ่มชาวลahu ในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

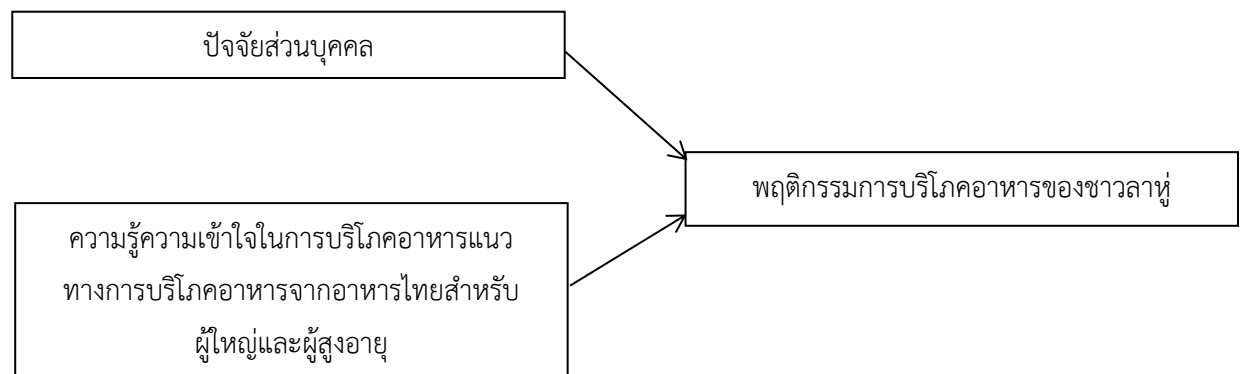
1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการบริโภคอาหารของชาวลahu ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ ความเข้าใจในการบริโภคอาหารตามหลักแนวทางการบริโภคอาหารจากอาหารไทยสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (สำนักโภชนาการ, 2565) และศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ในการบริโภคอาหาร ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ดังภาพ 1)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study design) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ชาวลahu ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านที่มีชาวลahuอาศัยอยู่ทั้งหมด 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 11 และ หมู่ 12 ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จำนวน 3,521 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาหวาย, 2561) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970).

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Lottery) และการใช้ตารางเลขสุ่ม (Random Table) โดยใช้เลขที่บ้านของประชาชนซึ่งต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว คือหมู่บ้านที่มีชาวลahuอาศัยอยู่ 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 11 และ หมู่ 12

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามกรอบของการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อปีมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือตามนิยามศัพท์และการทบทวนวรรณกรรมลักษณะแบบวัด เป็นแบบวัดที่มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนใช้แบบวัดความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 2015) คือ ความรู้ระดับมาก (21 – 30 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (11 – 20 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย (0 – 10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือตามนิยามศัพท์และการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าเป็นข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม จะให้คะแนน 3, 2, 1 ตามลำดับ โดย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน (นักโภชนาการชำนาญการ) และผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2 ท่าน (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งค่าเฉลี่ยผลรวมของความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามได้ .89 – 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับคนชาวลาหู่ที่เป็นกลุ่มประชากรและที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลปิงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้ค่าความเชื่อมั่น $KR-20 = .80$ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนคือ ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงดาว ในการทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านนาหวาย เพื่อขออำนวยความสะดวกในการประชุมทีมเก็บข้อมูลซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจแบบสอบถามจากนั้นร่วมกันเก็บแบบสอบถามจำนวน 381 คน จนครบตามกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้น โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ เขตที่พักอาศัย อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อปี และประเภทของครอบครัว ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน และร้อยละ
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลำหู่ โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)
4. การแปลผลความหมายของตัวแปรสหสัมพันธ์เทียบตารางการแปลความของนักสถิติโดยกำหนดเป็นช่วงของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเบสส์ (Best, 1977) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรม และมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่รับรอง IRB No.ET09/2565 ลงวันที่ 28 เมษายน 2566 - 28 เมษายน 2567 ทำการจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวลำหู่ทั้งหมด 381 คน เป็นชาย จำนวน 213 คน หญิง 164 คน คิดเป็นร้อยละ 55.91 และร้อยละ 44.09 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55 - 64 ปี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 30.20 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 71.13 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 70.08 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 40,001 บาท จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 83.47 ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ 309 คน คิดเป็นร้อยละ 81.10 เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 72.44 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 1 - 3 คน จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 52.49 และมีผู้ประกอบอาหารหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นภรรยา จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 41.47

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของชาวลahu ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 14.91 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.39) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ระดับมาก จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20 กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 92.40 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ระดับน้อย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของชาวลahu ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	แปลผลภาพรวม
ระดับมาก 21 - 30	16	4.20	14.91	2.39	ปานกลาง
ระดับปานกลาง 11 - 20	352	92.40			
ระดับน้อย 0 - 10	13	3.40			

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.10$, S.D.=0.13) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.37$, S.D.=0.49) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการคัดเลือกวัตถุดิบประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=1.75$, S.D.=0.52) และพฤติกรรมด้านการประกอบอาหารอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.52$, S.D.=1.62) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ	2.37	0.49	มาก
พฤติกรรมด้านการคัดเลือกวัตถุดิบประกอบอาหาร	1.75	0.52	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านการประกอบอาหาร	1.52	1.62	น้อย
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวม	2.10	0.13	ปานกลาง

ผลวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu โดยมีค่า Chi-square ที่ 3.40, 181.05, 15.61 และ 99.38 ตามลำดับ และมีค่า P-value 0.065, <0.001, 0.008 และ <0.001 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน สถานภาพสมรส และอาชีพ ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลahu ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลำหู่ (n= 254 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Chi-square	df	P-value
เพศ	3.40	1	0.065**
อายุ	181.05	44	<0.001**
สถานภาพสมรส	2.97	3	0.392
ระดับการศึกษา	15.61	5	0.008**
รายได้	99.38	26	<0.001**
อาชีพ	4.18	4	0.382

**ระดับนัยสำคัญ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลำหู่ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกแสดงผลได้ว่า เมื่อชาวลำหู่มีระดับความรู้ในการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลำหู่ดีขึ้นด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งพบว่าระดับความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลำหู่ ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

	ความรู้ด้านการบริโภคของชาวลำหู่			
	r	P-value	แปลผล	ระดับความสัมพันธ์
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.332**	<0.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก	มีความสัมพันธ์น้อย

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านการบริโภคอาหารของชาวลำหู่ ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.96 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับน้อย อาจเนื่องจากเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหรือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 40.16 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งชาวลำหู่ใช้ชีวิตที่สืบทอดตามบรรพบุรุษ เรียนพอรู้อ่านพอได้ และพึ่งการดำรงชีวิตจากการทำงานด้านเกษตรกรรม ทำให้คิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ด้านโภชนาการอาหารที่ต้องลงลึกไปถึงระดับคุณค่าทางสารอาหารหรือคุณประโยชน์ทางสารอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งผู้ประกอบการหลักภายในครอบครัวส่วนใหญ่คือ ภรรยา (แม่บ้าน) ของบ้านถึงร้อยละ 41.47 ซึ่งนอกจากการรับหน้าที่ด้านการปรุงอาหาร ยังคงมีหน้าที่ด้านอื่น ๆ ในบ้านอีกมาก ทำให้อาจไม่มีเวลาให้ความสำคัญในข้อมูลด้านโภชนาการอาหาร เมื่อพิจารณาจากรายชื่อยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ “น้อย” ในหัวข้อ “การทำอาหารไม่ควรทำทิ้งไว้นาน ๆ เพราะจะทำให้คุณค่าอาหารเสียไป” คิดเป็นร้อยละ 8.90 และหัวข้อ “เครื่องดื่มชูกำลังต่าง ๆ ไม่มีอันตรายสามารถบริโภคได้ตลอดเวลาและไม่จำกัด ” คิดเป็นร้อยละ 9.40 แสดงให้เห็นได้ว่าแม้จะรู้ว่าอาหารบางอย่างไม่ดีต่อสุขภาพ แต่ก็ยังบริโภคเพราะเชื่อในคำโฆษณา เช่น การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อให้ทำงานได้เยอะขึ้น หรือทำให้ไม่อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อด้านการบริโภคอาหารของชาติพันธุ์อีรพงษ์ บุญรักษา และชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2559) ที่ว่า วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวลำหู่จะมีความเกี่ยวข้องกับ

วัฒนธรรมด้านพิธีกรรมและความเชื่อ วัฒนธรรมด้านสังคมสัมพันธ์ วัฒนธรรมด้านจริยธรรม วัฒนธรรมด้านสุขภาพ โดยจะเห็นได้จากการผลิตและการบริโภคมีความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นสิริมงคล ความเชื่อเกี่ยวกับความเจริญรุ่งเรือง ความเชื่อเกี่ยวกับวิญญาณบรรพบุรุษและพระเจ้า ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเครือญาติ แล้วขยายออกเป็นความสัมพันธ์ภายในชุมชนและนอกชุมชน ไม่ได้คำนึงถึงความรู้ว่าจะมีมากหรือน้อย ถูกหรือผิดแต่อย่างใด ไม่สนใจที่จะทำตามข้อเท็จจริงที่ถูกตามหลักวิชาการ (จุฑามาศ เมืองมูล, พิชรา ก้อยชูสกุล และคณะ, 2560) และจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ “ปานกลาง” คิดเป็นร้อยละ 79.50 ในหัวข้อ “การปรุงอาหารรสเค็มมีประโยชน์เพราะช่วยให้อาหารรสชาติดีทำให้เจริญอาหาร” คิดเป็นร้อยละ 79.50 รองลงมาคือหัวข้อ “อาหารรสจัด ช่วยทำให้ทานอาหารได้เยอะเป็นผลดีต่อสุขภาพโดยรวม” คิดเป็นร้อยละ 77.70 ซึ่งอาหารที่มีรสเค็ม และรสจัดจะส่งผลต่อสุขภาพและเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ก็ยังคงบริโภคอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงละเลยการปฏิบัติ ดังนั้น หากทำการเสริมสร้างทักษะด้านความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารของชาวลาว ที่ถูกต้องจะช่วยให้ชาวลาวสามารถนำความรู้มาบูรณาการกับ ภูมิปัญญา ความเชื่อ และวัฒนธรรมได้อย่างลงตัว

พฤติกรรมบริโภคอาหารของชาวลาว ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมของชาวลาว ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาหัวข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารตามธงโภชนาการอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ในด้านอาหารและโภชนาการ ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการคัดเลือกวัตถุดิบประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการประกอบอาหารอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น จึงอภิปรายผลได้ว่า ควรมีการอบรมความรู้เพิ่มเติมในเรื่องของการคัดเลือกวัตถุดิบประกอบอาหาร และการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะ โดยเมื่อพิจารณาหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามที่ถูกต้องมากที่สุดคือหัวข้อ “อาหารกระป๋องยี่ห้อที่มีชื่อเสียงแม้มีรอยบุบวมสามารถกินได้โดยไม่ต้องกังวล ” คิดเป็นร้อยละ 98.70 รองลงมาคือหัวข้อ “อาหารพวกปลา เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่าง ๆ มีโปรตีนช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและสร้างกล้ามเนื้อ” คิดเป็นร้อยละ 98.40 อภิปรายผลได้ว่า ชาวลาว มีวัฒนธรรมในการบริโภคแบบการถ่ายทอดวัฒนธรรมชาวลาว โดยพบเห็นจากขนบธรรมเนียมประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต วิถีปฏิบัติต่อกัน ข้อห้าม ข้อปฏิบัติ หรือแฝงไปด้วยความเชื่อต่าง ๆ โดยตัวแทนของชุมชนลาที่มีอิทธิพลในการถ่ายทอดและสืบทอดทางวัฒนธรรม คือ ผู้นำในการประกอบพิธีกรรม ขณะที่ถ่ายทอดโดยการให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมในประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ประเพณีเหล่านี้มีความสนุกสนานและดึงดูดใจ ดังนั้น พฤติกรรมบริโภคจึงเป็นไปตามการเรียนรู้ต้นแบบบรรพบุรุษ นอกจากนี้ยังพบว่า “กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปรุงอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ มีความสะอาดปลอดภัยเหมาะกับการบริโภคเสมอโดยไม่ต้องคำนึงถึงส่วนประกอบของอาหาร” คิดเป็นร้อยละ 93.40 และมีพฤติกรรม “การทำอาหารไม่ควรทำทิ้งไว้นาน ๆ เพราะจะทำให้คุณค่าอาหารเสียไป” คิดเป็นร้อยละ 88.50 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ชาวลาวสนใจในการทำอาหารโดยการใส่เครื่องปรุงรสชาตินอกจากการปรุงให้สุกใหม่ ๆ เพราะยึดถือแนวปฏิบัติการถนอมอาหารตามสิ่งที่เคยได้รับการสั่งสอนบรรพบุรุษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษตรงจัตต์ และอุบลวรรณสุวรรณภูสิทธิ์ (2563) กล่าวว่า กลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว นิยมนำเครื่องเทศและเครื่องปรุงที่มีกลิ่นรสเฉพาะตัวมาประกอบอาหาร โดยมีกรรมวิธีการประกอบอาหารแบบหลากหลาย ทั้งปิ้งย่าง ต้ม ผัด ทอด ยำ ลาบ ต้ม และกรรมวิธีที่ไม่พบในกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว แต่พบในอาหารทั่วไปคือการตุ๋น การรมควัน ซึ่งต่างจากองค์ความรู้ในเรื่องการประกอบอาหาร

กลุ่มชาติพันธุ์ไทยเขมรจะสืบทอดกันเฉพาะภายในครอบครัว โดยเครื่องปรุงที่ใช้ในการประกอบอาหารเป็นหลัก ได้แก่ เกลือ น้ำปลา ผงชูรส กะทิ และน้ำปลาร้า ไม่นิยมใส่น้ำตาล ทั้งนี้ผลจากการบริโภคตามวัฒนธรรมและหรือข้อห้ามที่ปฏิบัติตามกันมา อาจทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรตระหนักต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ตามหลักโภชนาการให้แก่ประชาชนชาวลาหู่ในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนสถานภาพสมรส และอาชีพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ ซึ่งสอดคล้องกับพฤทธิ์ ต่อवास (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวเขาเผ่าลีซอ พบว่า อายุ และโรคประจำตัวมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวเขาเผ่าลีซอ อภิปรายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้นชาวลาหู่ มักจะดำเนินชีวิตตามวิถีที่สืบทอดต่อกันมา โดยไม่คำนึงถึงผลจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ หรือถูกตามโภชนาการ อีกทั้ง ไม่นิยมที่จะอุ่นอาหาร กระทำเพียงการเก็บอาหารในตู้ และนำมารับประทานต่อทันที จึงทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และต่อคุณภาพของอาหารที่ถูกหลักทางโภชนาการอีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวก แสดงผลได้ว่าเมื่อชาวลาหู่มีระดับความรู้ในการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพศาล พุทธพันธ์ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชนชาติพันธุ์ในประเทศไทย พบว่า การบริโภคอาหารของคนในหมู่บ้านลาหู่ จะอาศัยการพึ่งพาอาหารจากธรรมชาติแล้วยังมีการนำไปเป็นยาอีกด้วย โดยอาศัยความรู้ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่สืบทอดต่อกันมา ดังนั้น หากมีการเสริมทักษะด้านความรู้โภชนาการที่ถูกต้องจะสามารถทำให้ชาวลาหู่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้ถูกสุขลักษณะ มีประโยชน์ และส่งผลต่อสุขภาพดีในอนาคตอีกด้วย ดังนั้น บรรพบุรุษ มีบทบาทสำคัญต่อชุมชนและวิถีชีวิตของผู้คนบางกลุ่ม เช่น หญิงมีครรภ์ – หลังคลอด เด็ก ผู้ป่วย โดยลักษณะสำคัญของความเชื่อบริโภคนิสัยและพฤติกรรมกรรมการบริโภคนี้ มีทั้งในระดับตัวบุคคลที่มีความเชื่อและปฏิบัติ และบทบาทในชุมชนในลักษณะของบทบาทแฝง โดยบทบาทในระดับตัวบุคคลนั้นนับว่าทำให้บุคคลที่มีความเชื่อและมีการปฏิบัติเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ในส่วนของบทบาทหน้าที่ที่แฝงอยู่นั้นนับว่าความเชื่อเกี่ยวกับอาหารมีบทบาทในการควบคุมทางสังคม และสร้างค่านิยมบางประการอันก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ดังนั้น เมื่อประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ฝังรากลึกมาจากความเชื่อและการสั่งสอนจากบรรพบุรุษ หากสามารถนำองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และสามารถเพิ่มทักษะการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารให้แก่ประชาชนลาหู่ได้ ก็จะมีส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ถูกต้องเหมาะสม และปราศจากโรคต่าง ๆ ที่เสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะได้ดียิ่งขึ้นด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ นำไปสู่แนวทางการจัดกิจกรรมการสาธิตการประกอบอาหารที่ถูกต้อง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับกลุ่มประชาชนลาหู่ ได้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ในพื้นที่ตำบลเมืองนะ ได้สะท้อนวิถีการบริโภคอาหารของลาหู่ ที่มุ่งเน้นการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมตามภูมิปัญญา ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควรมีนโยบายวางแผนการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักการโภชนาการต่อไป และจากการศึกษาที่พบว่า ชาวลาหู่ยังไม่มีการถนอมอาหารสำหรับอาหารที่ทำจำนวนมาก และจำเป็นต้องเก็บไว้รับประทานในภาวะขาดแคลน ดังนั้น ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้ความรู้ หรืออบรมเรื่องการถนอมอาหารชาติพันธุ์ เพื่อให้ชาวลาหู่ได้มีการเก็บอาหารไว้รับประทานตลอดปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาอาหารพื้นบ้านลาหู่ ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการเชิงคุณภาพเพื่อนำผลการวิจัยด้านผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านลาหู่ สู่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนชาวลาหู่ต่อไป
2. ควรทำการศึกษาการประกอบอาหารพื้นบ้านลาหู่ เพื่อนำไปสู่การอันนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้ด้านที่ถูกวิธีในด้านการประกอบอาหารในครัวเรือนกับโภชนาการที่ประชาชนชาวลาหู่ควรได้รับต่อไปแต่ควรคำนึงถึงการจัดการที่เหมาะสมที่ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ทางด้านวัฒนธรรมของชุมชน หรือกลุ่มคนด้วย

รายการอ้างอิง

- กฤษตรองจิตต์ และอุบลวรรณสุวรรณภูสิทธิ์ (2563). เทคโนโลยีอาหารหมัก ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับวัฒนธรรมการกินอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์บริเวณชายแดนไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์ คชสาส์น*. 19(2); 24-39.
- จุฑามาศ เมืองมูล, พัทธรา ก้อยชูสกุล และคณะ (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*. 10(3); 186-195.
- ฉวีวรรณ สุวรรณภา, อรอนงค์ วูวงศ์ และเสริมศิลป์ สุขเมธีสกุล, (2560). อาหารพื้นบ้าน : กระบวนการจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตและจริยธรรมทางสังคม, รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดแพร่ (สืบค้นวันที่ 20ก.ย.66).
- <http://mcuir.mcu.ac.th:8080/jspui/bitstream/123456789/761/1/2560-017>).
- ชาติพันธุ์ธีรพงษ์ บุณยรักษา และชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2559). ฐานข้อมูลงานวิจัยทางชาติพันธุ์ในประเทศไทย. (สืบค้นวันที่ 20ก.ย.66). <https://ethnicedb.sac.or.th/?id=2006>
- ธีรพงษ์ บุณยรักษา และชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2559). การจัดการวัฒนธรรมชุมชน : ภูมิปัญญาในการเสริมสร้างความมั่นคงผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ชุมชนลาหู่ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารศิลปกรรมบูรพา*. 19(2); 93-113.
- นพพทธิ์ ต่อवास (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวเขาเผ่าลีซอ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าลีซอ บ้านปางสา หมู่ที่ 17 ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร.

- พระครูสังฆรักษ์บุญเสริม กิตติวัฒนโธ รวีโรจน์ ศรีคำภา, กาญจนา คำจตุติ และนางคุณญา แก้วทันคำ (2562). อาหารพื้นบ้าน : กระบวนการจัดการอาหารพื้นบ้านยอตนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน, รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่. (สืบค้นวันที่ 20 ก.ย.66) :<https://nkp.mcu.ac.th/?p=3677>.
- ไพศาล พุทธพันธ์ (2556). การศึกษาภูมิปัญญาชุมชนเชิงแสง บ้านห้วยปาย ต.เวียงเหนือ อ.ปาย จ.แม่ฮ่องสอน, รายงานการวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. สำนักงานภาค. (สืบค้นวันที่ 20 ก.ย.66 : https://www.sac.or.th/databases/ethnicedb/research_detail.php?id=1590).
- สำนักโภชนาการ. (2565). หลักแนวทางการบริโภคอาหารจากอาหารไทยสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. (สืบค้นวันที่ 20ก.ย.66) :<https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/fbdgs>.
- สุนิดา อรรถอนุชิตและ รอฮานี เจอะอาแซ, (2562). การดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน: กรณีศึกษาชนชาติพันธุ์ลาหู่แดง ในจังหวัดเชียงราย, *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. 30(2);155-164.
- Bloom's Taxonomy: The Psychomotor Domain. (2015) [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 20]. http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/Bloom/psychomotor_domain.html
- Hedberg and Zimmerer. (2021). Local food systems: Reviewing two decades of research. *Agricultural Systems*. Vol 193. [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 20]. <https://doi.org/10.1016/j.agsy.2021.103226>.
- Krejcie and Morgan. (1970). Determinant Sample Size for Research Active. *Education and Psychological Measurement*. 30:607-610.
- Shekar and Barry. (2020). Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. [Internet] .2015 [cited 2023 Sep 20].DOI:10.1596/978-1-4648-1491-4. ISBN: 978-1-4648-1491-4.

การพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของ
กระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
The Development of Guidelines Regarding Cannabis in the Educational
Opportunity Expansion Schools under the Ministry of Education in Wang
Thong Sub-district, Phakdee Chumphon District, Chaiyaphum Province

ณรงค์ฤทธิ์ เลิศอาวุธ¹, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์¹, จตุพร เหลืองอุบล¹

Narongrit Lertarwut¹, Surasak Thiabriti¹, Chatuporn Luangubon¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม¹

Faculty of Public Health, Mahasarakham University¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired t test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การใช้กัญชาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ระดับเจตคติอยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ การพัฒนาแนวปฏิบัติ คือ 1) มาตรการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในโรงเรียน 2) อบรมให้ความรู้ การป้องกัน และโทษของการใช้กัญชาหรือกัญชง 3) รณรงค์ประชาสัมพันธ์โทษของการใช้กัญชาหรือกัญชง ผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -6.78$) ($p - \text{value} < 0.001$) ระดับเจตคติอยู่ในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -2.610$) ($p - \text{value} < 0.013$) ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -4.172$) ($p - \text{value} < 0.000$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า 1. การสร้างภาคีเครือข่ายในสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการอย่างเข้มแข็ง 2. การให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและอันตรายจากกัญชาหรือกัญชงให้กับนักเรียน 3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ และ 4. การติดตามและประสานงานตามดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ พบว่า 1) สถานศึกษาต้องตระหนักให้มีความสำคัญในป้องกันการใช้กัญชา มีการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง 2) ควรจัดกิจกรรมการป้องกันการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง ให้ตอบสนองความต้องการของนักเรียน 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนในการดำเนินงานด้านการป้องกันการใช้กัญชาโรงเรียนตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ตามเห็นสมควร

คำสำคัญ : กัญชา สารเสพติด นโยบายโรงเรียนสีขาว โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สถานศึกษาปลอดกัญชา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: oppo2636@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 088 469 2636)

Abstract

The purpose of this research was to study the development of guidelines regarding cannabis in the educational opportunity expansion schools under the Ministry of Education in Wang Thong sub-district, Phakdee Chumphon district, Chaiyaphum province. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics using Paired t test, and also qualitative analysis which based on the concept of participatory planning process of action research were used to analyze data.

The results found that regarding the situation of marijuana use in schools, the students in grade 7-9 had a low level of knowledge, a high level of attitude, and a fair level of behavior. The development of guidelines includes: 1) setting the measures to monitor problems caused by the use of marijuana or hemp in schools; 2) trainings to provide knowledge linked to prevention and dangers of using marijuana or hemp; and 3) providing the public relations campaigns about the dangers of using marijuana or hemp. The results of operations according to the guidelines found that the target group had a high level of knowledge with a statistical significance level of 0.05 ($t = -6.78$) ($p - \text{value} < 0.001$), a high level of attitude with a statistical significance level of 0.05 ($t = -2.610$) ($p - \text{value} < 0.013$); and a fair level of behavior with a statistical significance level of 0.05 ($t = -4.172$) ($p - \text{value} < 0.000$). There were success factors including: 1) creating networks or partners to support the implementation of the guidelines regarding marijuana in the educational institutions of Ministry of Education in a strong manner; 2) providing correct knowledge and understanding about the dangers of marijuana or hemp to students; 3) participating in the implementation of the guidelines; and 4) continuous monitoring and coordinating the implementation of the guidelines. The results suggest that: 1) the educational institutions or schools must be aware of the importance of preventing marijuana use and continuous support for organizing various activities; 2) there should be continuous activity provision to prevent marijuana met the needs of students; 3) the relevant agencies should provide supports in preventing the use of marijuana in schools appropriate to the local context.

Keywords : Marijuana, Drugs, White school policies, Educational opportunity expansion schools, Marijuana-free educational institutions

บทนำ

นโยบายกัญชาเพื่อการแพทย์และส่งเสริมการปลูกพืชกัญชา เป็นนโยบายที่รัฐบาลจำกัดอยู่เพียงในทาง การแพทย์และการรักษาโรคเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงการใช้เพื่อความบันเทิง หรือสันทนาการแต่อย่างใด ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยได้มีการผลักดันให้เกิดการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งได้แก้ไข เป็นพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2562 เจตนารมณ์เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทาง การแพทย์และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ ต่อมาในปี พ.ศ.2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ.2565 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ส่งผลให้ทุกส่วนของพืชกัญชา - กัญชง ไม่เป็นยาเสพติด ยกเว้นสารสกัด ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol - THC) เกิน 0.2 % ที่ยังเป็นยาเสพติด และ ต่อมาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ.2565 อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 4 วรรคหนึ่ง มาตรา 44 และมาตรา 45 (4) (5) และ (6) แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2552 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 ได้พิจารณาเห็นว่า กัญชา มีการปรับเปลี่ยนระบบการกำกับดูแลกัญชาจากยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 เป็นสมุนไพรควบคุมซึ่งในช่วงที่ มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ควรมีการควบคุมไม่ให้นำกัญชาเฉพาะส่วนที่เป็นช่อดอกไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ ของการคุ้มครองและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) หลังจากวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ที่มีผลบังคับใช้ได้มีการรายงานผู้ป่วยเด็กที่มีผลกระทบและอาการป่วย พบว่า มีผู้ป่วยรวมทั้งหมด 14 ราย โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ 0 -5 ปี จำนวน 2 ราย 6 – 10 ปี จำนวน 1 ราย 11-15 ปี จำนวน 7 ราย และ 16 - 20 ปี จำนวน 4 ราย เป็นเพศชายจำนวน 12 ราย เพศหญิง จำนวน 2 ราย เหตุผลที่ได้รับกัญชา คือ ได้รับ กัญชาโดยตั้งใจ จำนวน 9 ราย และได้รับกัญชาโดยไม่ตั้งใจ จำนวน 5 ราย แหล่งที่มา คือ เพื่อน จำนวน 6 ราย ชี้อเอง จำนวน 5 ราย ยาติชื้ออมวางไว้ในบ้าน จำนวน 1 ราย รุนพี่ฝึกทำอาหาร จำนวน 1 ราย ผู้ปกครองต้ม และนำไปแช่ตู้เย็น 1 ราย (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2565) จากเหตุการณ์เด็กและวัยรุ่นเข้าถึงกัญชาได้ทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจ กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดแนว ทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาหรือกัญชงในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัด และในกำกับของ กระทรวงศึกษาธิการ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 โดยมีเจตนารมณ์ให้ สถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ห้ามใช้กัญชาหรือกัญชง กับนักเรียน นักศึกษา หรือบุคลากรโดยเด็ดขาด มีการควบคุมร้านค้าให้งดจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีการ ผสมของกัญชาหรือกัญชงและห้ามมิให้นำเข้ามาในบริเวณสถานศึกษาอย่างเด็ดขาด พร้อมทั้งให้ส่งเสริมและ สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรม การจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กัญชา หรือกัญชง และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สารสกัด ในส่วนผู้ที่ต้องการรักษาด้วยกัญชาต้องอยู่ภายใต้การ ควบคุมของแพทย์ หรือการใช้กัญชาหรือกัญชงเพื่อการศึกษาวิจัย ต้องอยู่ภายใต้การกำกับ ควบคุม และดูแลอย่าง ใกล้ชิดของ ผู้บริหารสถานศึกษา หัวหน้าส่วนราชการ หรือหัวหน้าหน่วยงานนั้น ๆ (กระทรวงศึกษาธิการ ,2565)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ (ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561) ชนิดยาเสพติดที่มีการค้าและแพร่ระบาด ได้แก่ ยาบ้า รองลงมา กัญชาแห้ง พืชกระท่อม ไอซ์ และสารระเหย ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้เสพและกลุ่มเสี่ยงเป็นผู้ใช้แรงงาน ผู้ว่างงาน รวมทั้งเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา สถิติผู้เข้าบำบัดรักษาปี 2561 จำนวน 3,642 ราย (ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ,2561) ช่วงอายุผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 24 รองลงมา อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 17 และอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 14 อาชีพที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ กลุ่มอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 62 กลุ่มว่างงาน ร้อยละ 17 เกษตรกร ร้อยละ 10 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 7 (แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ (พ.ศ. 2561 - 2565) ฉบับทบทวน,2565) ข้อมูลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลภักดีชุมพลในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดประเภท Amphetamine (ยาบ้า,ยาไอซ์) จำนวน 126 ราย และผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดประเภท Cannabinoid (กัญชา) จำนวน 6 ราย ช่วงอายุผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ อยู่อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 24 รองลงมา ระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 17 และอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 14 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 62 รองลงมา คือ กลุ่มว่างงาน ร้อยละ 17 เกษตรกร กลุ่มอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 10 ตามลำดับ (ระบบข้อมูลโรงพยาบาลภักดีชุมพล ,2565)

อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 1 จำนวน 7 แห่ง กระจายอยู่ใน 4 ตำบลในเขตอำเภอภักดีชุมพล ซึ่งในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในตำบลวังทองจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านนารยะพัฒนา โรงเรียนบ้านปรางค์มะค่า และโรงเรียนบ้านชัยชุมภู (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 1, 2565) ซึ่งมีสภาพชุมชนรอบบริเวณโรงเรียนมีลักษณะเป็นเกษตรกรรม สวนผลไม้ และภูเขา ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีรายได้ไม่มั่นคง ทำให้มีประชาชนบางส่วนที่เข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติด และมีการชักจูงเยาวชนให้เข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติดด้วยเช่นกัน ทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและอบายมุขเข้าสู่โรงเรียนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งปัญหาการเสพยาเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และวัตถุนิยมอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีมานาน การป้องกันปัญหายาเสพติดในโรงเรียนจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทุกคนในการดูแลเอาใจใส่ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบ (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอภักดีชุมพล, 2565) โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในตำบลวังทอง จำนวน 3 แห่ง ได้ดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดยาเสพติดและอบายมุขอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวคิดยุทธศาสตร์ คือ สร้างความร่วมมือทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครอง คณะกรรมการสถานศึกษา ชุมชน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างภูมิคุ้มกันและเสริมสร้างทักษะชีวิตที่ดีในการดำรงชีวิต พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต และดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการด้านการป้องกัน มาตรการด้านการค้นหา มาตรการด้านการรักษา มาตรการด้านการเฝ้าระวัง และมาตรการด้านการบริหารจัดการ การดำเนินงานกลยุทธ์ 4 ต้อง 2 ไม่ คือ ต้องมียุทธศาสตร์ ต้องมีแผนงาน ต้องมีระบบข้อมูล ต้องมีเครือข่าย ไม่ปกปิดข้อมูลและไม่ไล่ผู้เรียนออก ตามมาตรฐานและตัวบ่งชี้โครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังเด็กนักเรียนกับสารเสพติด ส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมในเรื่องการแสดงออกในทางสร้างสรรค์ เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแก่เด็กและเยาวชนในการป้องกันตนเองจากสารเสพติด มีความประพฤติที่ดี มีคุณธรรม จริยธรรมและห่างไกลจากสิ่งเสพติด (แผนพัฒนาการศึกษาขั้นพื้นฐาน (พ.ศ.2561 - 2565), 2561)

จากการศึกษาและข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น มีข้อมูลและสาเหตุเกี่ยวกับกัญชาทั้งภายนอก และภายในสถานศึกษากระทรวงศึกษาธิการ พบว่า การดำเนินงานควบคุมกัญชาในโรงเรียนหรือสถานศึกษายังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากมาตรการและแนวทางปฏิบัติการควบคุมใช้กัญชาเป็นเรื่องที่ใหม่ที่เกิดขึ้นหลังมีการปลดล็อกกัญชาออกจากยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เพื่อหารูปแบบการดำเนินการตามนโยบายกระทรวงศึกษาธิการในการป้องกันการใช้กัญชาในนักเรียน พร้อมทั้งสามารถบริหารจัดการในห้องเรียนให้ผู้เรียนปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยง โดยโรงเรียนจะต้องกำหนดนโยบายดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน สอดคล้องกับนโยบายภาครัฐต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้กัญชาในสถานศึกษาในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาโดยแบ่งประชากรตามขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (PLANNING) ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ร่วมจัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วยดังนี้

1.1 เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ตำบลวังทอง เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน โดยการจัดเวทีเสวนา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 คน

1.2 ผู้บริหารสถานศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนขยายโอกาส ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวจะเข้าร่วมต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการศึกษา โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน

1.3 ผู้ปกครองนักเรียน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงเนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน โดยการจัดเวทีเสวนา ผู้ศึกษาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการศึกษา โดยการสนทนากลุ่มจำนวน 3 คน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (ACTION) ประกอบด้วย

2. กลุ่มใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วยดังนี้

2.1 นักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 – 3 จำนวน 43 คน ประกอบด้วย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 13 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 11 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 19 คน เพื่อตอบแบบสอบถาม

2.2 ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวจะเข้าร่วมต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 1 คน

2.3 ครู และบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวจะเข้าร่วมต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (OBSERVATION) ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ตำบลวังทอง เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีชุมพล และเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง เพื่อสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรมของนักเรียนในโรงเรียน และประเมินผลหลังจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ จำนวน 6 คน

2. ติดตามการดำเนินงาน รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการดำเนินการออกมาตรการของโรงเรียนให้เป็นไปตามประกาศมาตรการ คำสั่ง หรือนโยบายตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ โดยคณะทำงานติดตามประเมินผล จำนวน 6 คน

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อน (REFLECTION) ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ตำบลวังทอง เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน โดยการจัดเวทีเสวนา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 3 คน

2. ผู้บริหารสถานศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนขยายโอกาส ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวจะเข้าร่วมต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน

3. ผู้ปกครองนักเรียน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 3 คน

4. นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 – 3 เป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเลือกนักเรียนชั้นละ 2 คน จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ 1) แบบสอบถาม (Questionnaire) 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) 3) การสนทนากลุ่ม (Focus group)

การวิเคราะห์วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) จากการสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In –Depth Interview) นำมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 324 -121/2566 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2566 วันหมดอายุวันที่ 24 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาศาสนาการณ์การใช้กัญชาในสถานศึกษา ในอำเภอภักดีชุมพล

ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้กัญชาในสถานศึกษาในอำเภอภักดีชุมพล ด้านเอกสาร พบว่า โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 1 โรงเรียนได้รับการอนุมัติให้เปิดทำการสอน ชั้นอนุบาล จนถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีการดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาว ผลการดำเนินงานกิจกรรมนักเรียนมีความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองจากสิ่งเสพติดและภัยคุกคามรูปแบบใหม่ได้ ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน ได้แก่ 1) กิจกรรมในโครงการ บางกิจกรรมไม่สนองความต้องการของนักเรียน เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่ครูเป็นผู้คิดกิจกรรม ไม่มีความแปลกใหม่ การกำหนดกิจกรรมจึงควรเปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็น เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของนักเรียน และ 2) ผู้ปกครองบางคนยังมีความคิดแบบผิด ๆ จากการแจกแบบเพื่อศึกษาศาสนาการณ์ของการใช้ กัญชานักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในตำบลวังทอง จำนวน 149 คน ในโรงเรียน 3 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 53.7 ส่วนใหญ่อยู่ในอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.6 ศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนประมาณ 1,501 – 2,500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดามี คิดเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้กัญชา คิดเป็นร้อยละ 53.7 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 53.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยทดลองใช้กัญชา คิดเป็นร้อยละ 65.8 และเคยทดลองใช้กัญชา คิดเป็นร้อยละ 34.2 แต่มีบางส่วนเคยลองตอนอายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่ทราบ คิดเป็นร้อยละ 77.2 ช่องทางจากสื่อที่ได้รับทราบมากที่สุด คือ โทรศัพท์ โทรศัพท์ คิดเป็นร้อยละ 83.3 การทราบถึงปัจจุบันว่ากัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมตามกฎหมายกำหนด ส่วนใหญ่ไม่ทราบ คิดเป็นร้อยละ 62.4 ช่องทางได้รับทราบส่วนใหญ่จาก โทรศัพท์ โทรศัพท์ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของกัญชา ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และกฎหมายหมายที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีระดับความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนของเจตคติที่มีต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ระดับเจตคติอยู่ในระดับดี และส่วนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 3 แห่ง พบว่า มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานพอใช้

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การศึกษาข้อมูลบริบทและวิเคราะห์ปัญหาการใช้กัญชาในสถานศึกษาของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลวังทอง จำนวน 3 แห่ง และการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เพื่อเป็นข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการได้จัดเวทีสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการโดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน ผลลัพธ์ขั้นตอนการวางแผนได้ดังนี้ 1) มาตรการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในโรงเรียน 2) อบรมให้ความรู้ การป้องกัน และการเฝ้าระวังปัญหาและโทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง 3) ธรรมนูญประชาสัมพันธ์ โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) จากขั้นตอนการวางแผนผู้เข้าร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างแผนกิจกรรมการดำเนินงานโดยมี 3 กิจกรรม รายละเอียด ดังนี้ 1.) ให้โรงเรียนออกมาตรการหรือนโยบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัญหา ที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในนักเรียน ข้าราชการครู บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน 2. อบรมให้ความรู้ การป้องกัน การเฝ้าระวังปัญหาและโทษของการใช้กัญชาหรือกัญชง จำนวน 1 วัน พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรม มีความสนใจในการอบรมเป็นอย่างดี ตรงต่อเวลา ตั้งใจรับฟังคำบรรยายและเกมส์ให้ความรู้ มีความอยากรู้อยากลอง 3. ธรรมนูญประชาสัมพันธ์ โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในโทษ และพิษภัยของการใช้กัญชา หรือกัญชง ในตอนพักกลางวันหรือพักเที่ยง เป็นระยะเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation) 1. สังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่ทำกิจกรรมของนักเรียนในโรงเรียน พบว่า นักเรียนได้รับการอบรม มีองค์ความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชง รวมถึงโทษพิษภัย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา คำแนะนำการป้องกัน และการเฝ้าระวังตนเองจากการใช้กัญชาหรือกัญชง 2. ติดตามการดำเนินงานของสถานศึกษา พบว่า โรงเรียนได้ดำเนินการออกประกาศโรงเรียนบ้านซับชมภู เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในนักเรียน ข้าราชการครู บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน รวมถึงมีการธรรมนูญประชาสัมพันธ์ โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชงในโรงเรียนต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อน (Reflection) หลังดำเนินการกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการของนักเรียนมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ระดับเจตคติอยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า 1) ผู้บริหารสถานศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษา 2) ผู้ปกครองที่ได้คอยสอดส่องดูแลพฤติกรรมของนักเรียน 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนงบประมาณ และ 4) หน่วยงานด้านสาธารณสุขสนับสนุนบุคลากรในการให้ความรู้ อุปสรรคที่สำคัญ พบว่า 1) นักเรียนบางคนไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการและกิจกรรมไม่น่าสนใจ 2) ผู้ปกครองไม่ได้ให้ความสำคัญและมองว่าการใช้กัญชาในนักเรียนเป็นเรื่องปกติ 3) ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน และ 4) กิจกรรมขาดความต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ พบว่า 1) สถานศึกษาต้องตระหนักให้มีความสำคัญในป้องกันการใช้กัญชา มีการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง 2) ควรจัดกิจกรรมการป้องกันการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง ให้ตอบสนองความต้องการของนักเรียน 3) หน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษาควรให้การสนับสนุนในการดำเนินงานด้านการป้องกันการใช้กัญชาในโรงเรียนตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ 4) หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรให้การสนับสนุนบุคลากรในการให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม และ 5) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการตามเห็นสมควร

3. ผลการดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

ระดับความรู้ พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.6 และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.4 เมื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนา 5.60 (S.D. = 1.86) และหลังการพัฒนา 7.83 (S.D. = 1.28) กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโทษและพิษภัยของกัญชา ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -6.78$) ($p - \text{value} < 0.001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่เกี่ยวข้องกับโทษและพิษภัยของกัญชา และความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ(ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 และกฎหมายหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ก่อนและหลังการพัฒนา (N= 43)

ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ กัญชา	N	$\bar{X}$	S.D	$\bar{d}$	S.D $\bar{d}$	t	p - value
ก่อนการพัฒนา	43	5.60	1.86				
หลังการพัฒนา	43	7.83	1.28	-2.23	2.15	-6.78	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ระดับเจตคติก่อนการพัฒนามีเจตคติ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 88.4 และหลังการพัฒนามีเจตคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 97.7 เมื่อการเปรียบเทียบระดับเจตคติก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ 1.88 (S.D. = 0.324) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ 2.02 (S.D. = 0.152) กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -2.610$) ($p - \text{value} < 0.013$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับเจตคติก่อนและหลังการพัฒนาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่มีเจตคติต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ (N= 43)

ระดับเจตคติ	N	$\bar{X}$	S.D	$\bar{d}$	S.D $\bar{d}$	t	p - value
ก่อนการพัฒนา	43	1.88	0.324				
หลังการพัฒนา	43	2.02	0.152	-0.139	0.350	-2.610	0.013

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ระดับพฤติกรรม ก่อนการพัฒนาระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 83.7 และหลังการพัฒนาระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 48.8 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก่อนการพัฒนาอยู่ที่ 1.83 (S.D. = 0.373) และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมหลังการพัฒนาอยู่ที่ 2.32 (S.D. = 0.644) กลุ่มเป้าหมายมีระดับพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -4.172$) ($p - \text{value} < 0.000$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ (N= 43)

การเปรียบเทียบระดับ พฤติกรรม	N	$\bar{X}$	S.D	Mean	S.D _d	t	p - value
ก่อนการพัฒนา	43	1.83	0.373				
หลังการพัฒนา	43	2.32	0.644	-0.488	0.767	-4.172	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

จากการศึกษาบริบทของการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ทำให้ได้การพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ จึงได้สรุปความสำเร็จ ดังนี้

1. การสร้างภาคีเครือข่ายในสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการในการดำเนินงานครั้งนี้มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
2. การให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและอันตรายจากกัญชาหรือกัญชงให้กับนักเรียน และการดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาหรือกัญชงได้ และนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดประชาสัมพันธ์ให้กับครอบครัวได้
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการและร่วมรับรู้ผลประโยชน์ร่วมกันจนเกิดความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้
4. การติดตามและประสานงานดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ จากเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การใช้กัญชาในสถานศึกษาในอำเภอภักดีชุมพล

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 - 3 จำนวน 149 คน ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาทั้ง 3 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในอายุ 14 ปี ศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนประมาณ 1,501 – 2,500 บาท ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา และมีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้กัญชา ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และไม่เคยทดลองใช้กัญชา ในส่วนที่เคยทดลองใช้กัญชาเคยลองตอนอายุ 12 ปี การทราบถึงปัจจุบันว่ากัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมตามกฎหมายกำหนดส่วนใหญ่ทราบ ช่องทางจากสื่อที่ได้รับทราบมากที่สุด คือ โทรทัศน์ โทรศัพท์ และการทราบเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการใช้กัญชาส่วนใหญ่ไม่ทราบ ช่องทางได้รับทราบส่วนใหญ่จาก โทรทัศน์, โทรศัพท์ สอดคล้องกับ ปกรณ์ มณีปกรณ์ (2564) ที่ได้ศึกษาการศึกษาประสบการณ์ด้านการเสพยาเสพติด จริยธรรม คุณธรรม ค่านิยมที่ได้รับการปลูกฝังมาของเยาวชนที่เสพยาและไม่เสพยาเสพติดในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนมีการเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 13 – 15 ปี เนื่องจากเป็นช่วงรอยเชื่อมต่อทางการศึกษาก่อนเป็นการเปลี่ยนผ่านจากระดับการศึกษาหนึ่งสู่ระดับการศึกษาอีกขั้นหนึ่งที่มีความแตกต่างกันทั้งสภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดการเรียนการสอน จึงเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรง

ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของกัญชา ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 และกฎหมายหมายที่เกี่ยวข้องของกัญชา พบว่า มีระดับความรู้ในภาพรวมมีความรู้ในระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับ บุรฉัตร จันทรแดง และคณะ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่ตะเข็บชนแดนลุ่มน้ำโขง ผลการวิจัยพบว่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งให้เห็นว่า การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นการสร้างจิตสำนึก ความตระหนัก การรับรู้ และทัศนคติ เพื่อให้เกิดการป้องกันช่วงก่อนการเริ่มเสพยาเสพติด และการพัฒนาเยาวชนควบคู่ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ

เจตคติที่มีต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนขยายโอกาสในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมอยู่ที่ระดับดี ($\bar{X}$) = 4.15, S.D. = 0.67) สอดคล้องกับ ญัฐพร สมบัติ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาโรงเรียนขามแก่นนคร อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า การบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งให้เห็นว่า ด้านเจตคติมีผลต่อความคิดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สาเหตุมาจากปัจจัยภายในชุมชน และด้านครอบครัว ที่ทำให้เด็กมีเจตคติในการใช้กัญชา เพราะคิดว่าเป็นเรื่องปกติ

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 3 แห่ง พบว่า มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับ รัตดาวัล พานาดา และคณะ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาผู้เรียนตามโครงการสถานศึกษาสีขาวเชิงพุทธบูรณาการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากยาเสพติดและอบายมุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ($\bar{X}$) = 2.63 และสอดคล้องกับศรธรรม ภาฯ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$) = 3.27 ซึ่งให้เห็นว่า ด้านพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของยาเสพติดหรือสารเสพติดให้โทษ ว่าด้วยกฎหมายยาเสพติดหรือกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

ดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis, & McTaggart, 1988) ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ในการดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการศึกษาข้อมูลบริบทและวิเคราะห์ปัญหาการใช้กัญชาในสถานศึกษาของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลวังทอง จำนวน 3 แห่ง ในการรวบรวม ประเมินและวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการแผนการดำเนินงาน/กิจกรรมต่าง ๆ โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน และแผนกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ให้โรงเรียนออกมาตรการหรือนโยบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัญหา ที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในนักเรียน ข้าราชการครู บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน 2) อบรมให้ความรู้ การป้องกัน และการเฝ้าระวังปัญหาและ

โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง 3) รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) จากขั้นตอนการวางแผนดำเนินงานดังนี้ 1) ออกประกาศโรงเรียน เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในนักเรียน ข้าราชการครู บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน 2) จัดอบรมให้ความรู้ การป้องกัน และการเฝ้าระวังปัญหาการและโทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง จำนวน 1 วัน และ 3) รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในโทษและพิษภัยของการใช้กัญชาหรือกัญชง ในตอนพักกลางวันหรือพักเที่ยง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation) โดยสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรมของนักเรียนในโรงเรียน และติดตามการดำเนินงานของสถานศึกษาในการดำเนินการออกประกาศโรงเรียน เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงในนักเรียน ข้าราชการครู บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน รวมถึงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โทษของการใช้กัญชา หรือกัญชงในโรงเรียนต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อน (Reflection) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนในการดำเนินงานที่ผ่านมาในหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการดำเนินการในรอบต่อไป สอดคล้องกับ แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การรับฟังความคิดเห็นและการเปิดโอกาส และรวมถึงสอดคล้องกับ กัญญารัตน์ นามวิเศษ (2562) ที่ได้ศึกษารูปแบบบริหารจัดการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุขแบบมีส่วนร่วม พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุขแบบมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบ 7 ส่วน ได้แก่ นโยบายภาครัฐ กระบวนการบริหารจัดการสถานศึกษาสีขาว หลักการทฤษฎี กรอบสถานศึกษาสีขาว ตัวชี้วัดความสำเร็จ ผู้มีส่วนร่วม และปัจจัยสู่ความสำเร็จ และสอดคล้องกับ รัฐจักรพล สามทองคำ และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษาแบบมีส่วนร่วม พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดมี 5 ปัจจัย ปัจจัยด้าน E : มีส่วนร่วมในการประเมินผล ปัจจัยด้าน C : มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ปัจจัยด้าน D : มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ปัจจัยด้าน A : มีส่วนร่วมในการวางแผน และปัจจัยด้าน B : มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

3. ผลการดำเนินงานตามการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

1. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของกัญชา ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 และกฎหมายหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ก่อนและหลังจากพัฒนา พบว่าระดับความรู้หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ระดับสูง และเมื่อการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโทษและพิษภัยของกัญชา ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -6.78$) ($p - \text{value} < 0.001$) สอดคล้องกับ สิริวัฒน์ มั่นสุข และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาเสพติด อยู่ในระดับมากที่สุด และสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาเสพติด จะช่วยลดให้เกิดการป้องกันช่วงก่อนการเริ่มเสพหรือใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้

2. การเปรียบเทียบเจตคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่มีต่อกัญชา และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า หลังการพัฒนามีเจตคติอยู่ในระดับดี เมื่อการเปรียบเทียบระดับเจตคติ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติต่อกัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -2.610$) ($p - \text{value} < 0.013$) สอดคล้องกับ ณัฐพร สมบัติ และคณะ (2563) ได้ศึกษาการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา โรงเรียนขามแก่นนคร อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน และสอดคล้องกับ บุรฉัตร จันทรแดง และคณะ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่ตะเข็บชายแดนลุ่มน้ำโขง ผลการวิจัยพบว่า การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ชี้ให้เห็นว่า การมุ่งเน้นการสร้างจิตสำนึก ความตระหนัก การรับรู้ และทัศนคติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า หลังการพัฒนาระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($t = -4.172$) ($p - \text{value} < 0.000$) สอดคล้องกับ ศรธรรม ฤๅชา และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางหรือพอใช้ ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาครั้งนี้

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการดำเนินงานตามการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการของโรงเรียนในตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

จากการศึกษาบริบทของการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ทำให้ได้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ จึงได้สรุปความสำเร็จดังนี้

1. การสร้างภาคีเครือข่ายในสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการในการดำเนินงานในภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
2. การให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง อันตรายจากกัญชาหรือกัญชงให้กับนักเรียน การดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาหรือกัญชงได้ และนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดประชาสัมพันธ์ให้กับครอบครัวได้
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ เกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ การสนับสนุนการดำเนินงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งร่วมรับรู้ผลประโยชน์ร่วมกันจนเกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน
4. การติดตามและประสานงานตามดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการอย่างต่อเนื่อง จากเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการกำหนดนโยบายในการป้องกันการใช้กัญชาของนักเรียนในระดับต่าง ๆ ร่วมกันในลักษณะการบูรณาการแนวคิดและการดำเนินงานร่วมกัน ตั้งแต่การวางแผนกลยุทธ์และมาตรการเชิงบูรณาการ ซึ่งได้แก่ เทคนิควิธีการหรือรูปแบบ โครงสร้าง บทบาทหน้าที่และกำลังคน งบประมาณ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็น เป็นต้น

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สำนักส่งเสริมกิจการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานศึกษาในสังกัดควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เขตพื้นที่ในสังกัดได้นำการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทของสถานศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่าย เพื่อประเมินความพึงพอใจและความต้องการของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการใช้กัญชาของนักเรียนในแต่ละระดับในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

2) การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ และความสามารถของแกนนำนักเรียนในการดำเนินการป้องกันการใช้กัญชาของนักเรียนให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

3) การศึกษาครั้งต่อไป ควรนำกระบวนการจัดการความรู้เข้ามาช่วยในการดำเนินการป้องกันการใช้กัญชาของนักเรียนในแต่ละระดับ เพื่อค้นหาองค์ความรู้ การจัดเก็บองค์ความรู้ การถ่ายทอดองค์ความรู้ และการใช้องค์ความรู้ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565).ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. (16 มิถุนายน 2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 137 ง, หน้า 9.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565).ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565. (9 กุมภาพันธ์ 2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๓๙ ตอนพิเศษ ๓๕ง, หน้า 8.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2565).ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชา หรือกัญชง ในสถานศึกษา ส่วนราชการหรือหน่วยงานในสังกัด และในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการพ.ศ. 2565. (4 กรกฎาคม 2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 156 ง, หน้า 20 - 21.
- ศูนย์ข้อมูลข้อมูลราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2565). รายงานผู้ป่วยเด็กที่มีอาการป่วยจากกัญชา .สืบค้น วันที่ 21 มิถุนายน -10 กรกฎาคม 2565 จาก <https://www.thaipediatrics.org/?p=1647>
- บุรฉัตร จันทรแดง และคณะ. (2562).รูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่ตะเข็บชนแดนลุ่มน้ำโขง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน 2562) , 808-822.
- ณัฐพร สมบัติ และคณะ. (2563). การบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาโรงเรียน ขามแก่นนคร อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2563), 203 – 213.
- วรรณสว่าง ยานกาย, สัญญา เคนาภูมิและสนุก สิงห์มาก. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนทรายมูลวิทยา อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ2561;47: 1073-9.
- ชิราวุธ ปุณณวิช และศิระปรุฬ ทองเทพ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนอายุ 10–14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2563; 5: 26-36.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ผลกระทบของกัญชาต่อสมองเด็ก[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ1 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.medcannabis.go.th/activity/กัญชาทางการแพทย์>
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva: 1-10

การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ ในการปฏิบัติงานของนายทหาร

The Analysis of Structural Causal Relationship of Factors Influencing on Operational Honesty of Soldiers

พันโทนิติศักดิ์ เชื้อมวาราศาสตร์¹, ปริญา จิตอร่าม²

Lt.Col.Nitisak Chuamwarasart¹, Parinya Jitaram²

กองบัญชาการกองทัพไทย¹ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²

Royal Thai Armed Forces Headquarters¹, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยองค์ประกอบและโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากนายทหารที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงกลาโหม ในการวิเคราะห์หาค่าประกอบกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 100 โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างและจำนวนพารามิเตอร์เท่ากับ 20 : 1 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 460 คน ทำการเก็บข้อมูล 487 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร และ ระยะที่ 2 การยืนยันโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและยืนยันข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัย พบว่ามีการตอบแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 487 คน เป็นนายทหารระดับชั้นสัญญาบัตร ร้อยละ 62.63 ชั้นประทวน ร้อยละ 37.37 ดำรงตำแหน่งระดับบริหาร ร้อยละ 20.53 ระดับปฏิบัติ ร้อยละ 79.47 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.63 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 14.74 ปี (SD = 8.196) การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ควรปฏิบัติ 20 ตัวบ่งชี้ และ องค์ประกอบต้องงดเว้นการปฏิบัติ 3 ตัวบ่งชี้

คำสำคัญ : ความซื่อสัตย์, การปฏิบัติงาน, โครงสร้างความสัมพันธ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: john_lovers@hotmail.com)

Abstract

This research aimed to study compositional factors and structural causal relationship of factors influencing on operational honesty of soldiers. Quantitative data were collected from soldiers working at Ministry of Defence. For analyzing the compositional factors, the number of participants was specified as over 100 by specific ratio between participant unit and parameters = 20:1 resulting in the total number of 460 participants and collecting data in the total number of 487 people. Research process had 2 phases: phase 1 was to study the structural causal relationship of factors influencing on operational honesty of soldiers; and phase 2 was to confirm the structural causal relationship of factors influencing on operational honesty of soldier. Factor analysis was used to analyze quantitative data and the data were verified by in-depth interviews.

The results revealed that the response rate of questionnaires were 487 cases. In that numbers, there were commissioned officers 62.63% and non-commissioned officers 37.37%, working as at the administrative levels 20.53% and at the operational levels 79.47%. In addition, most of them finished bachelor degree 62.63% and had 14.74 years of working experience (SD = 8.196). Regarding the analysis of structural causal relationship of factors influencing on operational honesty of soldiers, there were 2 components, involving 20 indicators needing to follow and 3 indicators needing to refrain for operation.

Keywords: Honesty, Operation, Structural relationship

บทนำ

สังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญและปลูกฝังความซื่อสัตย์ ไว้เป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนา มนุษย์ โดยเริ่มมีการปลูกฝังตั้งแต่ในระดับครอบครัวจนถึงระบบการศึกษา และการปฏิบัติงานเพื่อให้คนไทย ที่เติบโตขึ้นมาเป็นคนดี มีคุณธรรม โดยมีการกำหนดคุณธรรมพื้นฐาน 8 ประการ (กระทรวงศึกษาธิการ, กรมวิชาการ. 2550) ซึ่งประกอบด้วย ขยัน ประหยัด ซื่อสัตย์ วินัย สุภาพ สะอาด สามัคคี และมีน้ำใจ ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศนโยบายเร่งรัดการปฏิรูปการศึกษา โดยยึดคุณธรรมนำความรู้ เพื่อสร้าง ความตระหนักให้คนไทยมีสำนึกในคุณค่าของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ความสมานฉันท์ สันติวิธี วิถี ประชาธิปไตยและพัฒนาคนโดยใช้คุณธรรมเป็นพื้นฐาน ของกระบวนการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงความร่วมมือของ ครอบครัว ชุมชน สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาให้คนไทยเป็นคนดี มีความรู้ และอยู่ดีมีสุข โดยมีคุณธรรมพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความซื่อสัตย์ (กระทรวงศึกษาธิการ, กรมวิชาการ. 2543) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความซื่อสัตย์ คือ ผู้ที่มีความประพฤติตรงทั้งต่อเวลา ต่อหน้าที่ และต่อวิชาชีพ มีความจริงใจ ปราศจาก ความรู้สึกที่ลำเอียง หรือมีอคติ ไม่ใช้เล่ห์เหลี่ยม กลวิธี ที่คดโกงทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการรับรู้หน้าที่ของ ตนเองที่นำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างเต็มที่และถูกต้อง

ความซื่อสัตย์นั้นเป็นหลักธรรมที่จำเป็นของมนุษย์ทุกคนซึ่งเป็นข้อประพฤติปฏิบัติสำคัญที่ควรจะต้องมีอยู่ในตัวมนุษย์ ซึ่งราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน. 2542) ได้กล่าวว่า ความซื่อสัตย์ หมายถึง ความประพฤติตรง จริใจ ไม่คิดคดทรยศ ไม่คดโกงและไม่หลอกลวง ซึ่งความซื่อสัตย์ หรือ สัจจะเป็นธรรมะแห่งการใช้ชีวิตมนุษย์ ที่ต้องมีความซื่อสัตย์และซื่อตรงทั้งทางด้านกาย ด้านวาจา และด้านใจ กล่าวได้ว่าความซื่อสัตย์ (Honesty) คือ การประพฤติตนเองอย่างเหมาะสม และตรงต่อความเป็นจริง มีการประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมา ทั้งทางด้านกาย วาจา และใจต่อตนเองและผู้อื่น ในกลุ่มของอาชีพที่สังคมไทยมีมุมมองแห่งภาพลักษณ์ของการปฏิบัติงานว่าเป็นต้นแบบแห่งความซื่อสัตย์ คือ ทหาร

กระทรวงกลาโหม ได้ประกาศระเบียบกระทรวงกลาโหม ว่าด้วยประมวลจริยธรรมและการรักษาจริยธรรม พ.ศ. ๒๕๖๔ (ราชกิจจานุเบกษา. 2654) กำหนดให้ข้าราชการกระทรวงกลาโหม ต้องยึดถือและปฏิบัติตามเพื่อรักษาจริยธรรมของกระทรวงกลาโหม หมวด 1 ประมวลจริยธรรม ข้อ 6 ข้าราชการกระทรวงกลาโหม จักต้องยึดถือและปฏิบัติตามเพื่อรักษาจริยธรรม ของกระทรวงกลาโหม โดยกล่าวถึงความซื่อสัตย์ใน ข้อ 6.2 ซื่อสัตย์ สุจริต มีจิตสำนึกที่ดี และรับผิดชอบหน้าที่ เชื่อถือและปฏิบัติตามคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้บังคับบัญชา ทั้งการปกครองผู้ใต้บังคับบัญชาต้องกระทำด้วยความยุติธรรม รวมถึงการยึดมั่นในข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และแบบธรรมเนียมของกระทรวงกลาโหมอย่างเคร่งครัด จากการศึกษาพบว่าปัจจัยคุณธรรมจริยธรรมของนายทหาร (นิติศักดิ์ เชื้อมวราศาสตร์ และนพดล เดชประเสริฐ. 2562) มีความเกี่ยวข้องกับ ความซื่อสัตย์และพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมมีความเกี่ยวข้องกับ ความซื่อสัตย์ของนายทหาร ซึ่งความซื่อสัตย์ เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นคุณลักษณะอันพึงประสงค์ในการทำงานของนายทหาร 5 ด้าน (สุรศักดิ์ ประทานวรปัญญา. 2557) ได้แก่ 1) ด้านความจงรักภักดี 2) ด้านความซื่อสัตย์สุจริต 3) ด้านความเป็นผู้นำทางทหาร 4) ด้านความเป็นชาวเรือ และ 5) ด้านความเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรมและความเป็นสุภาพบุรุษ ดังนั้นความซื่อสัตย์จึงเป็นคุณลักษณะสำคัญของนายทหาร

การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติของนายทหาร ทั้งนี้เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปสู่การสร้าง ความเข้าใจในความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยองค์ประกอบของความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร
2. เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน

ของนายทหาร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร หลังจากนั้นยืนยันรูปแบบโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานที่จะต้องปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ

ระยะที่ 1

ศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของ
นายทหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นายทหารที่ปฏิบัติงานในกระทรวงกลาโหม โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นนายทหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ทั้งระดับสัญญาบัตรและประทวน 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถาม หรือไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นายทหารที่ปฏิบัติงานในกระทรวงกลาโหม จำนวน 487 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair et.al., 2010) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หองค์ประกอบที่ต้องกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 100 และอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างและจำนวนตัวแปรควรจะเป็น 20 : 1

ดังนั้นงานวิจัยนี้มีตัวแปร 23 พารามิเตอร์ ขนาดตัวอย่างที่กำหนด จึงเท่ากับ 460 คน โดยมีการตอบแบบสอบถามจำนวน 487 คน ซึ่งเกินจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คิดเป็น 1.059 เท่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 20 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังตาราง 1 และเกณฑ์การแปลความหมายความสำคัญของตัวบ่งชี้ ดังตาราง 2

ตาราง 1 เกณฑ์การให้คะแนนความสำคัญของตัวบ่งชี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ตาราง 2 เกณฑ์การแปลความหมายความสำคัญของตัวบ่งชี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00	ตัวบ่งชี้มีความสำคัญในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20	ตัวบ่งชี้มีความสำคัญในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40	ตัวบ่งชี้มีความสำคัญในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60	ตัวบ่งชี้มีความสำคัญในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80	ตัวบ่งชี้มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยนี้โดยการพิจารณาความสอดคล้องในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80 -1.00 หลังจากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.952

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) การวิเคราะห์ข้อมูล และข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในการสร้างองค์ประกอบร่วมเพื่อสร้างตัวแปรหลายๆ ตัว ด้วยวิธีการดังนี้

2.1) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) โดย Kaise (1970 ; อ้างใน กัลยา วาณิชยาบัญชา. 2552 : 261) ซึ่งค่า KMO เป็นสถิติที่ใช้วัดความเหมาะสมของข้อมูลว่าสมควรที่จะใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยค่า KMO ต้องมีค่าใกล้ 1 ทำให้สามารถนำการวิเคราะห์องค์ประกอบได้

2.2) ตรวจสอบโดยใช้ Bartlett's Sphericity Test โดย Bartlett (1950 ; อ้างใน กัลยา วาณิชยาบัญชา. 2552 : 262) โดยการทดสอบตาม Sphericity Test เพื่อตรวจสอบเมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรที่สามารถแบ่งเป็นปัจจัยร่วมหรือกลุ่มตัวแปรที่มีส่วนร่วมกันหรือสัมพันธ์กัน

3) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อให้ได้มาซึ่งการวิเคราะห์องค์ประกอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) และหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนแมกซ์ (Varimax Rotation) โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาต้องมีค่า Eigen Value ≥ 1.00 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) นั้นเป็นไปตามแนวคิดของ Hair, et. al. (2010) ที่เสนอแนวคิดว่าต้องมีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป และเลือกองค์ประกอบที่มีค่า Factor Loading สูงที่สุดให้อยู่ในองค์ประกอบนั้น ๆ

4) การวิเคราะห์องค์ประกอบนี้ มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ค่าไอแกน Eigen Value ≥ 1.00 และถ้อยค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) ของตัวแปรของแต่ละตัวขององค์ประกอบนั้นมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และประกอบด้วยตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไปตามวิธีของไกเซอร์ (Kaiser) โดยการใช้การสกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธี Principal Component Analysis และการหมุนแกนแบบวิธี Varimax

ระยะที่ 2

การยืนยันโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานที่จะต้องปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์จนได้ข้อมูลที่ตกผลึก (Critical) รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน จำนวน 487 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการแสดงความคิดเห็นเพื่อการยืนยันข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และ 3) หลักยุติธรรม และการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารเลขที่ PHCSP 2567-041 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีผลการศึกษา 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร และ 3) ผลการยืนยันโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหารโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนายทหารในระดับสัญญาบัตร จำนวน 305 นาย คิดเป็นร้อยละ 62.63 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติ จำนวน 387 นาย คิดเป็นร้อยละ 79.47 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 305 นาย คิดเป็นร้อยละ 62.63 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 14.74 ปี (SD = 8.196) รายละเอียดข้อมูลทั่วไปแสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้น		
สัญญาบัตร	305	62.63
ประทวน	182	37.37
รวม	487	100.00
สถานภาพการดำรงตำแหน่ง		
ระดับบริหาร	100	20.53
ระดับปฏิบัติ	387	79.47
รวม	487	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญา	57	11.71
ปริญญาตรี	305	62.63
ปริญญาโท	115	23.61
ปริญญาเอก	8	1.64
สูงกว่าปริญญาเอก	2	0.41
รวม	487	100.00
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	$\bar{X} = 14.74,$ SD = 8.196	

2) โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของ นายทหาร

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร แสดงรายละเอียดดังนี้

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลของปัจจัยความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร

ความซื่อสัตย์		$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.	การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร	4.11	0.825	มาก
2.	การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	4.07	0.774	มาก
3.	การปฏิบัติตนเองตรงกับคำพูด	4.04	0.751	มาก
4.	การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้	4.19	0.804	มาก
5.	การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ	4.01	0.781	มาก
6.	การรับของกำนัลของขวัญ *	1.77	0.966	น้อยที่สุด
7.	การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน	3.82	0.806	มาก
8.	การเป็นคนตรงต่อเวลา	3.91	0.817	มาก
9.	การปฏิบัติตนตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี	4.09	0.769	มาก
10.	การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก *	3.13	1.173	ปานกลาง
11.	การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก *	2.07	1.063	น้อย
12.	การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน	4.11	0.804	มาก
13.	ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์	3.96	1.000	มาก
14.	การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร	4.11	0.750	มาก
15.	การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต	4.24	0.761	มากที่สุด
16.	การมีความยุติธรรมในการทำงาน	4.14	0.785	มาก
17.	การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน	4.17	0.766	มาก
18.	การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ	4.22	0.773	มากที่สุด
19.	การรู้กาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต	4.12	0.758	มาก
20.	การมีความรับผิดชอบต่อสังคม	4.14	0.740	มาก
21.	การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำผิด	4.21	0.782	มากที่สุด
22.	การมีจิตสำนึกสาธารณะ	4.13	0.790	มาก
23.	การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน	4.16	0.743	มาก

จากตาราง 4 พบว่า ตัวบ่งชี้เชิงบวกแต่ละตัวของปัจจัยความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ในส่วนของตัวบ่งชี้เชิงลบอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด

ตาราง 5 การตรวจสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) และตรวจสอบเมตริกซ์สหสัมพันธ์ด้วย Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.971
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	11184.122
	df	253
	p-value	0.000

จากตาราง 5 พบว่า ค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) มีค่าเท่ากับ 0.971 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 (มากกว่า 0.05 และเข้าใกล้ 1.00) แสดงว่าตัวแปรแต่ละตัวที่นำมาวิเคราะห์ นั้นมีความสัมพันธ์กันแสดงถึงความเหมาะสมของข้อมูลทั้งหมดที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ด้วย Factor Analysis ได้ในระดับดีมากเพราะค่า KMO สูงมาก และจากการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (Chi-Square = 11184.122, df = 253, p-value < 0.000) ผลการทดสอบที่ได้พบว่า ค่า p-value มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กัน จึงใช้ Factor Analysis ได้

เมื่อพิจารณาค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่สามารถอธิบายโดยตารางแสดงค่า Communality ซึ่งเป็นความแปรปรวนของตัวแปรที่สามารถอธิบายได้โดย Common Factor โดยให้พิจารณาจากค่า Extraction ซึ่งเป็นค่า Communality ของตัวแปรหลังจากได้สกัดปัจจัยแล้ว โดยจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1

ตาราง 6 ค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่สามารถอธิบาย

ความซื่อสัตย์		Initial	Extraction
๑.	การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร	๑.๐๐๐	.๖๔๐
๒.	การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	๑.๐๐๐	.๖๖๔
๓.	การปฏิบัติตนเองตรงกับคำพูด	๑.๐๐๐	.๖๗๘
๔.	การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้	๑.๐๐๐	.๗๒๗
๕.	การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ	๑.๐๐๐	.๖๔๑
๖.	การรับของกำนัลของขวัญ *	๑.๐๐๐	.๖๔๖
๗.	การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน	๑.๐๐๐	.๖๐๙
๘.	การเป็นคนตรงต่อเวลา	๑.๐๐๐	.๔๗๗
๙.	การปฏิบัติตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี	๑.๐๐๐	.๗๐๗
๑๐.	การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก *	๑.๐๐๐	.๔๘๐
๑๑.	การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก *	๑.๐๐๐	.๖๗๑
๑๒.	การเคารพในศักดิ์ศรีของร่วมงาน	๑.๐๐๐	.๗๐๘
๑๓.	ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์	๑.๐๐๐	.๔๕๖
๑๔.	การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร	๑.๐๐๐	.๗๑๓
๑๕.	การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต	๑.๐๐๐	.๗๘๖
๑๖.	การมีความยุติธรรมในการทำงาน	๑.๐๐๐	.๘๑๑
๑๗.	การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน	๑.๐๐๐	.๘๓๓
๑๘.	การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ	๑.๐๐๐	.๘๐๑
๑๙.	การรู้กาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต	๑.๐๐๐	.๗๕๘
๒๐.	การมีความรับผิดชอบต่อสังคม	๑.๐๐๐	.๘๐๕
๒๑.	การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำผิด	๑.๐๐๐	.๖๙๕
๒๒.	การมีจิตสำนึกสาธารณะ	๑.๐๐๐	.๗๖๒
๒๓.	การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน	๑.๐๐๐	.๗๘๕

จากตาราง 6 พบว่าค่า Communalities ของตัวแปรหลังจากได้สกัดปัจจัยแล้ว โดยจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 1 โดยตัวแปร ที่ 17 การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน (Extraction = 0.833) มีค่าสูงสุด และ ตัวแปร ที่ 13 ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์ (Extraction = 0.456) มีค่าต่ำสุด

การวิเคราะห์องค์ประกอบของโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ ในการปฏิบัติงานของนายทหาร ทั้ง 23 ตัวบ่งชี้ มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ค่าไอเกน ต้องมากกว่า 1 และถือ ค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) ของตัวแปรของแต่ละตัวนั้นต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และ ประกอบด้วยตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไปตามวิธีของไกเซอร์ (Kaiser) โดยใช้การสกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธี Principal Component Analysis และการหมุนแกนแบบ วิธี Varimax (Varimax with Kaiser Normalization) พบว่า โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน ของนายทหาร สามารถจัดองค์ประกอบ ได้ 2 องค์ประกอบ ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม ขององค์ประกอบ โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของ นายทหาร

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14.044	61.060	61.060	14.044	61.060	61.060	14.038	61.033	61.033
2	1.809	7.865	68.925	1.809	7.865	68.925	1.815	7.893	68.925

จากตาราง 7 พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues Total) มากกว่า 1 มี 2 องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 68.925 เมื่อพิจารณาค่าความแปรปรวนของ ตัวแปร (Eigenvalues) มีค่ามากกว่า 1 และถือเอาค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) นั้นที่มี ค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปและประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัวขึ้นไป ตามวิธีของไกเซอร์ (Kaiser) พบว่ามี 2 องค์ประกอบที่ เป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณา และการสกัดตัวแปร พบว่า ตัวแปรทั้ง 23 ตัว ผ่านเกณฑ์

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปร (Rotation Sums of Squared Loadings) พบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 61.033 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวน ได้ร้อยละ 7.893

ตาราง 8 แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) หลังจากหมุนแกนแล้ว (Rotated Component Matrix) และค่าร่วมกัน (Communality)

ตัวบ่งชี้	ข้อความ	Component	
		1	2
17.	การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน	.912	
16	ความยุติธรรมในการทำงาน	.900	
20.	ความรับผิดชอบต่อสังคม	.896	
18	การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ	.894	
15.	การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต	.885	
23.	การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน	.885	
22.	การมีจิตสำนึกสาธารณะ	.873	
19.	การรู้กาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต	.869	
4.	การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้	.842	
14.	การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร	.841	
9.	การปฏิบัติตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี	.841	
12.	การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน	.840	
21.	การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำผิด	.833	
3.	การปฏิบัติตนเองตรงกับคำพูด	.815	
2.	การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	.806	
5.	การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ	.800	
1.	การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร	.791	
7.	การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน	.780	
8.	การเป็นคนตรงต่อเวลา	.685	
13.	ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์	.675	
11.	การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก		.813
6.	การรับของกำนัลของขวัญ		.791
10.	การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก		.662

จากตาราง 8 พบว่า การจำแนกองค์ประกอบ โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหารจำแนกได้ทั้งหมด 2 องค์ประกอบ

ตามวิธีของไกเซอร์ (Kaiser) ถือเอาค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) นั้น ที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัวขึ้นไป พบว่าโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร มีองค์ประกอบทั้งหมด 2 องค์ประกอบ โดยในแต่ละองค์ประกอบ มีตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ตั้งแต่ 0.912 -0.662 โดยองค์ประกอบที่ 1 มีจำนวนตัวแปร 20 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 2 มีจำนวนตัวแปร 3 ตัวบ่งชี้

ตารางที่ 9 แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร องค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่ควรปฏิบัติ

ตัวแปร	ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
17.	การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน	.912
16.	ความยุติธรรมในการทำงาน	.900
20.	ความรับผิดชอบต่อสังคม	.895
18.	การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ	.895
15.	การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต	.886
23.	การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน	.884
22.	การมีจิตสำนึกสาธารณะ	.873
19.	การกาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต	.868
4.	การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้	.844
14.	การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร	.841
9.	การปฏิบัติตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี	.840
12.	การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่น	.839
21.	การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำความผิด	.832
3.	การปฏิบัติตนเองตรงกับคำพูด	.818
2.	การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	.809
5.	การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ	.800
1.	การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร	.793
7.	การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน	.780
8.	การเป็นคนตรงต่อเวลา	.683
13.	ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์	.675

จากตาราง 9 พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วยตัวแปร 20 ตัว โดยพบว่า ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ตัวแปร 17 การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน ตัวแปร 16 ความยุติธรรมในการทำงาน และตัวแปร 20 ความรับผิดชอบต่อสังคม ตามลำดับ

ส่วนตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักน้อยที่สุด 3 ลำดับ คือ ตัวแปร 13 ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์ ตัวแปร 8 การเป็นคนตรงต่อเวลาและ ตัวแปร 7 การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน ตามลำดับ

ตาราง 10 แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร องค์ประกอบที่ 2 สิ่งที่ต้องระวังการปฏิบัติ

ตัวแปร	ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
11.	การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก	.811
6.	การรับของกำนัลของขวัญ	.788
10.	การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก	.666

จากตาราง 10 พบว่า องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว โดยพบว่าตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุด คือ ตัวแปร 11 การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก ส่วนตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักน้อยที่สุด คือ ตัวแปร 10 การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุปในเบื้องต้นด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่าโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร มีรายละเอียดตามองค์ประกอบทั้ง 2 องค์ประกอบ ดังนี้

โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร

องค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่ควรปฏิบัติ	องค์ประกอบที่ 2 สิ่งที่ควรดเว้นการปฏิบัติ
1.การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน 2.ความยุติธรรมในการทำงาน 3.ความรับผิดชอบต่อสังคม 4.การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ 5.การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต 6.การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน 7.การมีจิตสำนึกสาธารณะ 8.การรู้กาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต 9.การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้ 10.การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร 11.การปฏิบัติตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี 12.ความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน 13.การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำผิด 14.การปฏิบัติตนเองตรงกับคำพูด 15.การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย 16.การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ 17.การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร 18.การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน 19.การเป็นคนตรงต่อเวลา 20.ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์	1.การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก 2.การรับของกำนัลของขวัญ 3.การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก

3) การยืนยันโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหารโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยนำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจทั้ง 2 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหารมายืนยันข้อมูลโดยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนายทหารผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานที่จะต้องปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์จนได้ข้อมูลที่ตกผลึก (Critical) ปรากฏผลว่าความซื่อสัตย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เป็นคุณธรรมที่สำคัญ และมีความจำเป็นต่อทุกสังคม

เป็นความประพฤติที่ตรง และเป็นการแสดงออกให้ทราบถึงความจริงใจ ไม่คดโกง ไม่หลอกลวง คนที่ซื่อสัตย์ คือ บุคคลที่มีความประพฤติ ปฏิบัติที่ตรงไปตรงมา ความซื่อสัตย์เป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนผลออกมาได้ในหลายรูปแบบ อาทิ ความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ความซื่อสัตย์ต่อครอบครัว ความซื่อสัตย์ต่อมิตรสหาย ความซื่อสัตย์ต่อการทำงาน ความซื่อสัตย์ต่อสังคม ความซื่อสัตย์ต่อประเทศชาติ ซึ่งความซื่อสัตย์ควรจะต้องมีอยู่ในบุคคลที่สามารถแสดงออกมาในรูปของการปฏิบัติต่อบุคคลอื่น ต่อกลุ่มคน ต่อสังคม และสามารถแสดงออกมาได้ในลักษณะของการทำงาน รวมทั้งความซื่อสัตย์นั้นควรหลอมรวมเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในรูปแบบของการใช้ชีวิต หรือวิถีการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งผลของการยืนยันทันทีสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจว่าความซื่อสัตย์ ควรมี 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ สิ่งที่ต้องปฏิบัติและสิ่งที่ควรดเว้นการปฏิบัติ ดังนี้

สิ่งที่ควรปฏิบัติ คือ พฤติกรรมที่สะท้อนถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่องาน รวมทั้งต่อสังคมของการทำงาน ที่ต้องคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมขององค์กรมากกว่าส่วนตน ความซื่อสัตย์จึงเป็นสิ่งที่สามารถแสดงออกมาในลักษณะการกระทำหรือการปฏิบัติงานที่ควรจะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ระเบียบ หรือมาตรฐานของงานซึ่งเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติอันเป็นกลุ่มตัวแปรสำคัญที่สะท้อนความซื่อสัตย์ และจากผลของการยืนยันองค์ประกอบจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้นำตัวแปรในองค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่ต้องปฏิบัติ มาจัดเป็นองค์ประกอบย่อย ได้ 4 องค์ประกอบ คือ 1) การปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาหรือการได้รับมอบหมาย เป็นคำสั่งการปฏิบัติงาน 2) การปฏิบัติต่อบุคคลอื่นทั้งเพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาด้วยความซื่อตรง 3) การแสดงถึงการมีเจตนาที่ดีซื่อตรงต่อการปฏิบัติตน และ 4) ความสามารถในการควบคุมตนเองในการแสดงออกถึงพฤติกรรมแห่งความซื่อสัตย์

ส่วนองค์ประกอบที่ 2 สิ่งที่ต้องดเว้นการปฏิบัติ พบว่าปัจจัยส่วนใหญ่จะสะท้อนออกมาในรูปแบบของการไม่แสวงหาผลประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ไม่เอื้อประโยชน์ให้คนสนิทคนใกล้ชิด ไม่รับสินบน การแบ่งพรรคแบ่งพวก รวมทั้งการไม่กล่าวโทษผู้อื่น

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยองค์ประกอบ และโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ ในการปฏิบัติงานของนายทหาร ผลการวิจัยพบว่า โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหาร ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่ต้องปฏิบัติ ประกอบด้วย 20 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน 2) ความยุติธรรมในการทำงาน 3) ความรับผิดชอบต่อสังคม 4) การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ 5) การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต 6) การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน 7) การมีจิตสำนึกสาธารณะ 8) การรู้กาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต 9) การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้ 10) การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร 11) การปฏิบัติตนตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี 12) ความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่น 13) การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำผิด 14) การปฏิบัติตนเองตรงกับคำพูด 15) การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย 16) การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ 17) การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร 18) การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน 19) การเป็นคนตรงต่อเวลา และ 20) ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์ ส่วนองค์ประกอบที่ 2 สิ่งที่ต้องดเว้นการปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก 2) การรับของกำนัลของขวัญ และ

3) การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก เมื่อกล่าวถึงความซื่อสัตย์ (กฤติพงศ์ บุญรงค์. 2550) ซึ่งเป็นการประพฤติปฏิบัติที่แสดงออกอย่างเหมาะสม ตรงกับความเป็นจริง เป็นการกระทำที่ตรงต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบ ตรงต่อคำพูดที่กล่าวออกมา ตรงต่อกฎเกณฑ์ หลักปฏิบัติ กฎหมาย และได้แสดงออกมาเป็น ความประพฤติที่ตรงไปตรงมา มีความดีงามเหมาะสมต่อ กาย วาจา และใจ ทั้งของตนเอง และผู้อื่นทั้งต่อหน้า และลับหลัง ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความสุจริตทั้ง 3 ประเภท คือ ประพฤติชอบด้วยกาย ที่เรียก “กายสุจริต” ประพฤติชอบด้วย วาจา ที่เรียกว่า “วจีสุจริต” ประพฤติชอบด้วยใจ ที่เรียก “โมโนสุจริต” อีกทั้ง สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2557) ได้นิยามคำว่า “ซื่อสัตย์” ไว้ว่าเป็นคำผสมที่ประกอบด้วยคำว่า “ซื่อ” ซึ่งหมายถึงความตรงไปตรงมาและ คำว่า “สัตย์” คือ ความจริง ดังนั้น ความซื่อสัตย์จึงเป็นความประพฤติของบุคคลที่ต้องยึดถือตามความจริง ไม่ปิดบังสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง เป็นการแสดงหรือเปิดเผยข้อเท็จจริงที่ปรากฏขึ้นตามสภาพความเป็นจริงของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบว่าองค์ประกอบเชิงสำรวจของความซื่อสัตย์มี 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ สิ่งที่ควรปฏิบัติและสิ่งที่ควรดเว้นการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นคุณธรรมที่กล่าวถึงการกระทำ ความดีงาม ที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ทำทำไปแล้วตนเองไม่เดือดร้อนและผู้อื่นไม่เดือดร้อนด้วยเช่นกัน เป็นการกระทำที่เป็นประโยชน์ทั้งสองฝ่าย และสิ่งที่กระทำไปเพื่อประโยชน์ที่เกื้อกูลกันและกันด้วยประการทั้งปวง ส่วนสิ่งที่ควรดเว้นการปฏิบัติ คือ สิ่งต่าง ๆ ที่ตรงกันข้ามที่มนุษย์ควรที่จะงดปฏิบัติ เมื่อนำองค์ประกอบเชิงสำรวจทั้ง 2 องค์ประกอบ มาทำการยืนยันโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานของนายทหารโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่ามีการเสนอแนะให้ดำเนินการจัดกลุ่มปัจจัยขององค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่ควรปฏิบัติซึ่งสะท้อนความซื่อสัตย์โดยมีการจัดเป็นกลุ่มองค์ประกอบย่อย 4 กลุ่ม คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาหรือการได้รับมอบหมายเป็นคำสั่งการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยการกระทำที่พึงปฏิบัติ 5 ข้อ คือ 1) การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย 2) การปฏิบัติตนเอง ตรงกับคำพูด 3) การเป็นคนตรงต่อเวลา 4) การยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการทำงาน และ 5) การมีจิตสำนึกสาธารณะ องค์ประกอบย่อยที่ 2 การปฏิบัติต่อบุคคลอื่นทั้งเพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชา ด้วยความซื่อตรง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของการกระทำที่พึงปฏิบัติ 5 ข้อ คือ 1) การแสดงความโปร่งใสต่อบุคลากรทุกระดับในองค์กร 2) การปฏิบัติงานตรงไปตรงมา สามารถตรวจสอบได้ 3) การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร 4) การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และ 5) การเคารพกฎหมาย หลีกเลี่ยงการกระทำผิด องค์ประกอบย่อยที่ 3 การแสดงถึงการมีเจตนาที่ดีซื่อตรงต่อการปฏิบัติตนซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของการกระทำที่พึงปฏิบัติ 5 ข้อ คือ 1) การปฏิบัติตนตามวัฒนธรรมสังคมที่ดี 2) การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน 3) ความเชื่อในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์ 4) ความยุติธรรมในการทำงาน และ 5) การทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ และ องค์ประกอบย่อยที่ 4 ความสามารถในการควบคุมตนเองในการแสดงออกถึงพฤติกรรมแห่งความซื่อสัตย์ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของการกระทำที่พึงปฏิบัติ 5 ข้อ คือ 1) การวางตัวเหมาะสมเป็นที่น่าเชื่อถือ 2) การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตน 3) การกาลเทศะในการทำงานและการใช้ชีวิต 4) ความรับผิดชอบต่อสังคม และ 5) การเป็นผู้ที่มีความรักสร้างสามัคคีในการทำงาน ในส่วนองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการงดเว้นการปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การยึดประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก 2) การรับของกำนัลของขวัญ และ 3) การตัดสินใจที่ให้ความสำคัญกับพรรคพวก

จากองค์ประกอบย่อยทั้ง 5 ตัวแปรเป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีความเชื่อสัจยของตนเอง ในการปฏิบัติงานเพราะผู้ที่มีความเชื่อสัจยในตนเอง (ไพบูลย์ ขำขันมะลี. 2548 : 17) จะเป็นผู้ที่มีคุณธรรม ประพฤติตนอย่างมีเหตุผล ไม่ก่อความวุ่นวายแก่สังคม ซึ่งเป็นลักษณะนิสัย และทัศนคติของบุคคลซึ่งเป็น เครื่องผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามระเบียบ เคารพสิทธิของผู้อื่น ทำตามหน้าที่ของตนเอง และเป็นผู้ที่มีวินัย ในตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา ขาวขุ่น (2560) ได้กล่าวถึง ผลแห่งการมีความรับผิดชอบหรือ ความมีวินัยความเชื่อสัจยในการปฏิบัติงาน ตามคำสั่งที่ต้องรับผิดชอบ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงานซึ่งคนที่มีความรับผิดชอบจะเป็นคนที่มีความเชื่อสัจย เชื่อตรง ทั้งต่อตนเองและสังคม ซึ่งเป็นคุณธรรม ที่สำคัญของมนุษย์ บุคคลที่มีความรับผิดชอบย่อมจะประพฤติปฏิบัติตนตามระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อกำหนดต่าง ๆ ตามที่ตนเองได้รับมอบหมายและปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเชื่อสัจยสุจริต ตรงต่อเวลา ไม่สร้างปัญหา ไม่ก่อความเดือดร้อน ให้แก่บุคคลอื่น ๆ ซึ่งเป็นคุณธรรมสำคัญที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

ในส่วนขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการงดเว้นการปฏิบัติ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับ (Nina Mazar .2007) ความไม่เชื่อสัจยของคนที่เชื่อว่าตนเองมีความเชื่อสัจย พบว่า คนที่กล่าวว่าตัวเองมีความเชื่อสัจยจะกระทำการทุจริตในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีใครทราบ หรือรับรู้ได้โดยง่าย และไม่มีผลกระทบเป็นวงกว้าง ซึ่งมักจะเป็นผลประโยชน์ของตนเอง บุคคลเหล่านั้นมักจะบอกว่าตนไม่ได้ทำทุจริต แต่ในทางกลับกัน ถ้าผลประโยชน์นั้นมากพอก็จะบอกว่าเป็นพฤติกรรมความไม่เชื่อสัจยสุจริตได้ แต่จากการวิจัยนี้พบว่ามีการแบ่ง พฤติกรรมการกระทำที่สะท้อนถึงความเชื่อสัจยออกมาเป็นพฤติกรรมในเชิงบวก คือ ควรปฏิบัติ และพฤติกรรมในเชิงลบ คือ งดเว้นการปฏิบัติ อย่างชัดเจน โดยจากการศึกษาพบว่ามิชุดของพฤติกรรมในเชิงบวกที่แสดงถึงความเชื่อสัจยที่คนส่วนใหญ่เข้าใจและเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปในทุกสังคม ซึ่งเป็นคุณลักษณะหลักของคุณธรรม และจริยธรรมของมนุษย์ (วีระพงศ์ ถิ่นแสนดี. 2550) ที่ประกอบรวมกัน เช่น ความเชื่อสัจยสุจริต ความยุติธรรม ความรับผิดชอบ ความมีเหตุผล การมีระเบียบวินัย ความตรงต่อเวลา ความอดุสาหะ ความสามัคคี ความเสียสละ ความเมตตากรุณา ความกตัญญูกตเวที ความกล้าหาญ รวมทั้งการยึดมั่นในหลักธรรมของศาสนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อสัจยในการปฏิบัติงานนายทหาร ต่อเนื่องเพิ่มเติม โดยเฉพาะองค์ประกอบในเชิงบวก องค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่ควรปฏิบัติ ว่ามีองค์ประกอบย่อย ที่เกิดขึ้นจากตัวแปรทั้ง 20 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างไร

2. ศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อสัจยในการปฏิบัติงานของกลุ่มวิชาชีพ อื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานที่ต้องสะท้อนกระบวนการและผลของการปฏิบัติงานที่ต้องมีความเชื่อสัจยที่ เช่น วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อสัจยในการปฏิบัติงานของ นายทหารไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างและพัฒนาเป็นหลักสูตรการส่งเสริมการปฏิบัติงานที่สร้างการปฏิบัติงานใน องค์การคุณธรรม

รายการอ้างอิง

- กรรณิกา ขาวขุ่น. น.ท. (2560). ความรับผิดชอบ. บทความออนไลน์, https://saoc.rtaf.mi.th/images/OneDsOne_ARTICLE/02Responsibility.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2567.
- กฤติพงศ์ บุญรงค์. (2550). การศึกษากระบวนการบริหารจัดการของผู้บริหารกับการพัฒนาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียนด้านความซื่อสัตย์ : กรณีศึกษาโรงเรียนบ้านตากแดด สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพังงา. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต
- กระทรวงศึกษาธิการ, กรมวิชาการ. (2543). การปฏิรูปการเรียนรู้ของกระทรวงศึกษาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2550). 8 คุณธรรมพื้นฐาน. (โปสเตอร์). มปท.
- กัลยา วาณิชยบัญชา (2552). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564). ระเบียบกระทรวงกลาโหมว่าด้วยประมวลจริยธรรมและการรักษาจริยธรรม พ.ศ.2564. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 272 ง. วันที่ 5 พฤศจิกายน 2564. หน้า 1-7.
- นิติศักดิ์ เชื้อมวราศาสตร์และนพดล เดชประเสริฐ. (2562). การศึกษาปัจจัยคุณธรรมจริยธรรมนายทหารฝ่ายการเงิน. ใน “วารสารบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยแม่โจ้”. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562.
- ไพบูลย์ ขำขันมะลี. (2548). การพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยด้านความรับผิดชอบของนักเรียน โรงเรียนหนองตอวิทยา อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ การศึกษามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีระพงศ์ ถินแสนดี. (2550). การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมนักเรียนโรงเรียนสิงห์สะอาด อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. ปริญญานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สุรศักดิ์ ประทานวรปัญญา. (2557). คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักเรียนนายเรือ โรงเรียนนายเรือ ตามความคาดหวังของผู้บังคับบัญชาในส่วนบัญชาการกองทัพอเรือ. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2557). บทวิทยุรายการ “รู้ รัก ภาษาไทย” ออกอากาศทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. <http://legacy.orst.go.th/?knowledge>. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2567.
- Hair J, Black W, Babin B, Anderson R. (2010). *Multivariate data analysis a global perspective*. New Jersey: Hamilton Printing Co.
- Nina, Mazar (2007). *The Dishonesty of Honest People: A Theory of Self-Concept Maintenance*. Toronto: University of Toronto.

ผลของการฝึกหายใจอย่างช้าต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2
โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง

The Effects of Slow Breathing Exercises on Blood Pressure Levels in
Stage 2 Hypertensive Patients at Khlong Hoi Khong Hospital

สุกิจ นามสวัสดิชัยกุล¹, นันวลัย ไชยสวัสดิ์²

Sukit namsawaschaiyakul¹, Nanvalai chaisawat²

โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง¹, โรงพยาบาลกระแสดิน²

Khlong Hoi Khong Hospital¹, Krasaesin Hospital²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตสูงระดับ 2 ก่อนและหลังฝึกหายใจช้าและเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ที่ยังไม่ได้รับยา ตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อายุมากกว่า 18 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการนั่งพัก กับกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการฝึกหายใจช้า เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิตอล ตรวจสอบความเที่ยงตรงปีละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ Pair t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 หลังฝึกหายใจช้าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 กลุ่มที่ได้รับการฝึกหายใจช้ามีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการนั่งพัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรนำการฝึกหายใจช้ามาใช้ในการคัดกรองและเพิ่มในกระบวนการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอการนำไปสู่การเกิดโรค

คำสำคัญ : การฝึกหายใจอย่างช้า, ระดับความดันโลหิตสูง, ความดันโลหิตสูงระดับ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nsukit@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 088 784 8139)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the differences of blood pressure levels of stage 2 hypertensive patients before and after participating in the slow breathing exercises and to compare the differences of blood pressure levels of stage 2 hypertensive patients who had no received treatment yet. The samples were the patients aged 18 and over who came to the hospital for having treatment at the outpatient department of Khlong Hoi Khong hospital. The samples were divided into 2 groups which each group had 30 patients. The control group received knowledge about hypertension and sitting and resting, while the experimental group received knowledge about hypertension and training of slow breathing exercises. The research tool was the digital blood pressure machine checking the accuracy once a year. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Pair t-test and Independent t-test.

The results revealed that after the experiment, the average blood pressure levels of stage 2 hypertensive patients decreased lower than before the experiment significantly at a level of .05. In addition, the average blood pressure levels of the experimental group had a significant greater decrease in blood pressure levels than the control group at a level of .05.

It could be suggested that the slow breathing exercises should be applied in screening of hypertensive patients and added in the patient care process alongside with hypertensive treatment in order to receive proper care and adjust behavior to delay the onset of the disease.

Keywords: Slow breathing exercises, High blood pressure levels, Stage 2 hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข สถิติประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 เพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (Warissara, Panjit, and Winut, 2018) สำหรับประเทศไทย จากผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 14 ล้านคน และกว่า 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วย (Anaya, Supranee, Kulchaya, Kanyarat, and Peranan, (2022) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2562 แนวโน้มความชุกโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ 2,091.28 , 2,245.09 และ 2,388.84 ตามลำดับ และมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร แสนประชากร เท่ากับ 13.07 , 13.13 และ 14.21 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าปี พ.ศ. 2560 (Chuthamat, Patcharaporn , Weerachon and Nitchanan , 2023) จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง

โดยระหว่างปี 2563-2565 มีจำนวน 152,045, 157,378 และ 161,608 ราย ตามลำดับ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ มีจำนวน 147, 389, 168, 149 และ 157,578 ราย (Songkhla Public health, 2022) และโรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่า ฆาตรกรเงียบ (Silent killer) ประชาชนจำนวนมากเจ็บป่วย โดยไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า การไม่รักษาหรือควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ ต้นเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก อัมพฤกษ์ อัมพาต ส่งผลให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็วรวมถึงการสูญเสียคุณภาพชีวิต (Warissara, Panjit, and Winut, 2018) หากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศตามมา โดยเห็นได้จากผลกระทบด้านเศรษฐกิจสาธารณสุขของประเทศไทยถึง 2,465 ล้านบาทต่อปี ประเมินการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน ประเทศไทยจะต้องสูญเสีย ค่าใช้จ่าย 79,263 ล้านบาท อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2562)

สถิติผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการที่โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง มีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกปี ใน พ.ศ.2563-2565 มีผู้ป่วย จำนวน 2,787 , 3,013 และ 3,143 ราย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ มีจำนวน 1,084 , 1,329 และ 1,395 ราย ตามลำดับ (Khleng Hoi Khong, 2022) จากการวิเคราะห์ผลการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ในปี 2565 พบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรักษา ได้แก่ การผิคนัดพบแพทย์ การขาดยา และการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เป้าหมายในการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และเป้าหมายระยะยาวคือ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Khleng Hoi Khong, 2022) การฝึกหายใจอย่างช้าจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ควรส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้รับการฝึกฝน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pandic, Ekman, INord, and Kjellgren (2008) ที่พบว่า การฝึกหายใจอย่างช้าสามารถทำร่วมกับการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยไม่พบผลข้างเคียง ไม่รบกวนผู้อื่น สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และจากการศึกษาพบว่า การนำรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน ได้แก่ ชีกง โยคะ และการฝึกสมาธิมาใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการดูแลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานดังกล่าวใช้หลักการฝึกที่สัมพันธ์กับการหายใจที่เป็นธรรมชาติ มีการกำหนดลมหายใจเข้า - ออก อย่างชัดเจน ลมหายใจจะเข้าปอดได้มาก ปอดสามารถขยายได้เต็มที่ ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้นและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ทั้งหมด ระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มความไวของ Arterial Baroreflex กระตุ้นการทำงานของ Cardiopulmonary Reflex ลดความต้านทานของหลอดเลือด เพิ่มการไหลเวียนเลือดส่วนปลายเหมาะกับการประยุกต์ใช้รักษาโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการหดตัวของหลอดเลือดและการทำงานของ Baroreflex เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจวายและปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Suwannee, 2021).

จากสภาพปัญหา อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการฝึกหายใจอย่างช้าอาจเป็นวิธีการลดความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามที่คาดว่าจะสามารถนำรูปแบบการหายใจแบบลึกและช้า ไปประยุกต์ใช้และเป็นทางเลือกในการวินิจฉัยรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการฝึกหายใจอย่างช้าต่อความดันโลหิตสูงระดับ 2 จากการวัดความดันครั้งแรก การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามที่คาดว่าจะสามารถ นำรูปแบบการหายใจแบบลึกและช้า ไปประยุกต์ใช้และเป็นทางเลือกในการรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงได้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิตต่อไป

วัตถุประสงค์

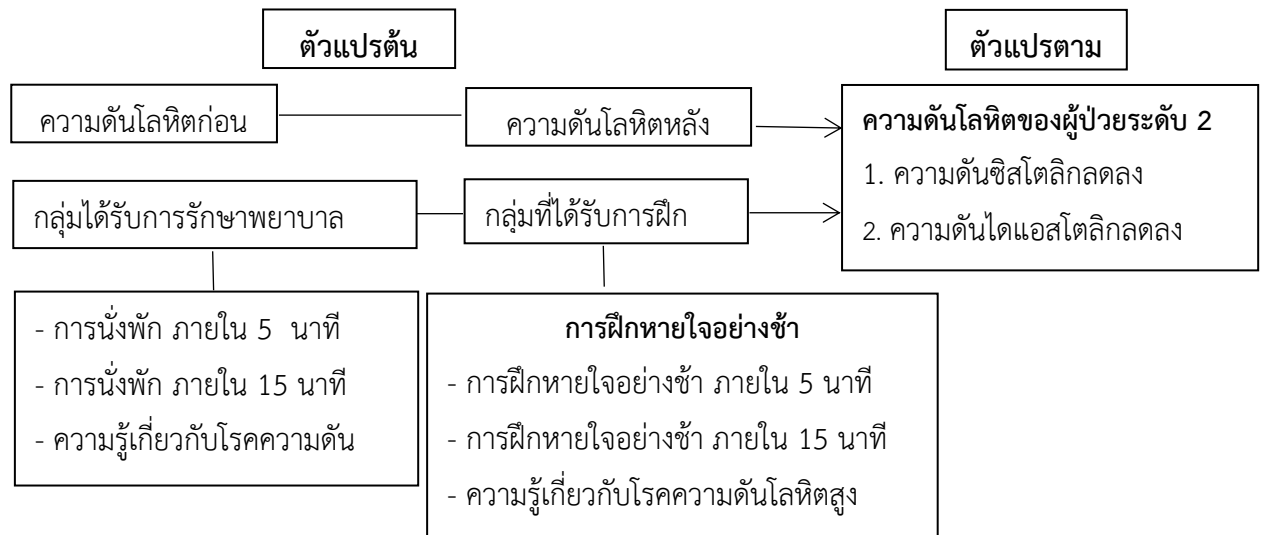
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจช้า
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกหายใจช้า และกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ภายหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้า มีระดับความดันโลหิตแตกต่างจากก่อนการทดลอง
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 กลุ่มหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้า มีระดับความดันโลหิตแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การฝึกการหายใจเข้าออกอย่างช้าที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต โดยเปรียบเทียบความดันโลหิตสูงระดับ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจช้า และเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกหายใจช้า และกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของการฝึกหายใจอย่างช้าต่อระดับความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินตรวจวัดความดันและมีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุระดับที่ 2 (Essential Hypertension) ตลอดการวิจัยแพทย์ไม่ได้ทำการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาความดันโลหิตสูง เป็นผู้มึระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ($\alpha=0.05$) และอำนาจการทดสอบที่ 0.95 ($\beta=0.05$) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 23 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 30 ของที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันกรณีอาสาสมัครยุติหรือสูญหายจากการศึกษา ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยรวม 60 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคลองหอยโข่งที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 มีระดับความดันโลหิตสูง คือ ความดันซิสโตลิก มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีความผิดปกติของระบบหายใจ เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด ปอดอักเสบ เป็นต้น
4. ไม่มีโรคร่วมที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ไต
5. สามารถสื่อสารภาษาไทย พูด อ่าน เขียนได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (Termination criteria)

1. ผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์
2. การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ
3. กลุ่มตัวอย่างขอยกจากการวิจัยเองไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
4. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง คือ ความดันซิสโตลิก มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ความดันไดแอสโตลิก มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล รุ่น omron – รุ่น – hem - 1300 สำหรับใช้วัดความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท
2. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล รุ่น omron-รุ่น -hem - 1300 ใช้สำหรับตรวจวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท มีจำนวน 1 เครื่อง ได้รับการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของเครื่องปีละ 1 ครั้ง มีการบำรุงรักษาตรวจสอบเครื่อง ทุก 6 เดือน ตามคุณภาพมาตรฐานจากศูนย์วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันโดยตลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัย ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้ทดลองฝึกปฏิบัติการหายใจอย่างช้าด้วยตนเอง โดยการฝึกปฏิบัติการหายใจอย่างช้าพร้อมกับ YouTube วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทดลองฝึกทั้งท่านั่งและท่านอน เพื่อเป็นการประเมินปัญหาที่อาจจะพบได้ จากการที่ผู้วิจัยได้ทดลองฝึกด้วยตนเอง พบว่า ในช่วง 2-3 วันแรก จะรู้สึกอึดอัดเล็กน้อย จากนั้นเมื่อฝึกเรื่อย ๆ จะรู้สึกผ่อนคลาย และไม่อึดอัด

1.2 การเตรียมเครื่องมือวิจัย ซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และจัดเตรียมเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล-omron-รุ่น-hem-1300 จำนวน 1 เครื่อง สำหรับใช้วัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาราชการ คือ วันจันทร์ – วันศุกร์ 8.30 น. – 16.30 น. ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง

2.2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อได้กลุ่มควบคุมครบ 30 คน จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 30 คน จนครบ เพื่อป้องกันความคาดเคลื่อนในการวัดผลที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หากมีการปะปนกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 1- 3 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลและทำการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการตามปกติและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

2. แจกแบบสอบถาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และบันทึกความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI)

3. กลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ได้นำเข้ามาอยู่ในห้องแยก เพื่อไม่ให้มีเสียงรบกวน และให้กลุ่มควบคุมแต่ละรายนั่งพักจนครบ 5 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ ครั้งที่ 1 จดบันทึก และให้นั่งพักต่ออีก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ ครั้งที่ 2 จดบันทึก

4. กลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำแนะนำด้านความรู้ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การดูแลปฏิบัติ ตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

5. กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ จากนั้นได้แจ้งให้กลุ่มควบคุมทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในสัปดาห์ที่ 4 - 6 ผู้วิจัย ทำการเก็บข้อมูลและทำการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการตามปกติและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

2. แจกแบบสอบถาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และบันทึกความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI)

3. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ได้นำเข้ามาอยู่ในห้องแยก เพื่อไม่ให้มีเสียงรบกวน

4. ผู้วิจัยทำการฝึกทักษะและสาธิตการหายใจที่ถูกต้องให้กลุ่มทดลองทำตาม ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลองนำมือข้างใดข้างหนึ่งวางไว้ที่หน้าท้อง แล้วมืออีกข้างหนึ่งวางไว้ที่ทรวงอก สูดลมหายใจ เข้าทางจมูกอย่างช้าๆ ไม่กลืนลมหายใจ ขณะหายใจเข้าท้องจะพองออกช้าๆ สังเกตได้จากมือที่วางไว้ที่หน้าท้อง จะมีการขยับขึ้นจากนั้นจะมีการขยับของทรวงอกเพียงเล็กน้อย จากนั้นให้หายใจออกอย่างช้าๆ จะมีการยุบตัวของท้อง และตามด้วยทรวงอกอย่างช้าๆ โดยสังเกตจากมือที่วางไว้ที่หน้าท้องจะมีการลดต่ำก่อน แล้วตามด้วยมือที่วางไว้ที่ทรวงอก ให้กลุ่มทดลองฝึกหายใจเข้า-ออกให้ถูกต้อง

4.2 กลุ่มทดลองแต่ละรายทำการหายใจ ครั้งละ 30 วินาที จำนวน 3 หรือ 4 รอบ และ หลังจากนั้น ครบ 5 นาที

4.3 กลุ่มทดลองวัดความดันโลหิตซ้ำ ครั้งที่ 1 จดบันทึก

4.4 ทำการหายใจที่ถูกต้องอีกครั้ง ครั้งละ 30 วินาที จำนวน 3 หรือ 4 รอบ จากนั้นครบ 15 นาที

4.5 กลุ่มทดลองวัดความดันโลหิตซ้ำ ครั้งที่ 2 จดบันทึก

จากนั้นได้แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. ชั้นประเมินผล

ผู้วิจัยนำค่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ทั้งระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ไปวิเคราะห์ประเมินผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ในเวลา 5 นาที และ 15 นาที ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการวัดความดันโลหิต ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในเวลา 5 นาที และ 15 นาที โดยใช้สถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคนระดับจังหวัด จังหวัดสงขลา วันที่ให้การรับรอง 1 พฤษภาคม 2566 (หมายเลขรับรอง 25/2566) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ การรักษาความลับของข้อมูล และใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ความเสี่ยงอาจเกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตอบถาม โดยตลอดเวลาที่เข้าร่วมการทดลองวิจัย จะมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา และหากมีความไม่สบายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอม การเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเพศชาย ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 69.73 ปี (S.D.= 11.76) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.30 มี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.17 กิโลกรัม/เมตร² (S.D.= 5.61)

ส่วนกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 และเพศชายร้อยละ 26.70 อายุเฉลี่ย 71.53 ปี (S.D.= 13.18) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.30 มี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60.90 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นคนอ้วน ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.54 กิโลกรัม/เมตร² (S.D.= 5.29) ดังตารางที่ 1

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจเข้า

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกหายใจเข้า และกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

3. ผลการวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจเข้า พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ก่อนทดลองและหลังทดลองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกหลังการเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้า ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ในเวลา 5 นาที และ 15 นาที ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกหายใจเข้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกหายใจอย่างช้า พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับการฝึกหายใจอย่างช้ามีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในเวลา 5 นาที และ 15 นาที ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.00	8	26.70
หญิง	18	60.00	22	73.30
อายุ				
น้อยกว่า 40	2	6.70	0	0
40-60 ปี	8	26.70	5	16.7
61-80 ปี	11	36.70	13	43.30
มากกว่า 80 ปี	9	30.00	12	40.00
อายุ กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =69.73 , S.D.= 11.76), กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 71.53, S.D.= 13.18)				
สถานภาพ				
โสด	8	26.70	5	16.70
คู่	22	73.30	25	83.3
การศึกษา				
ประถมศึกษา	23	76.70	18	60.90
มัธยมศึกษา	7	23.30	11	36.10
ปริญญาตรี	0	0	1	3.30
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)				
ผอม (<18.5)	3	10.00	3	10.00
ปกติ (18.5 - 22.9)	7	23.30	10	33.30
ท้วม (23 - 24.9)	5	16.70	2	6.70
อ้วน (25 ขึ้นไป)	15	50.00	15	50.00
ดัชนีมวลกาย กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 26.17, S.D.= 5.61), กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 24.54, S.D.= 4.99)				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการได้รับการฝึกหายใจอย่างช้า ในเวลา 5 และ 15 นาที

กลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	X	SD	X	SD			
เวลา 5 นาที							
ระดับความดันซิสโตลิก	162.58	21.22	150.48	17.22	59	6.90	0.00
ระดับความดันไดแอสโตลิก	80.92	14.60	77.85	11.89	59	2.50	0.01
เวลา 15 นาที							
ระดับความดันซิสโตลิก	162.58	21.22	148.08	18.59	59	7.54	0.00
ระดับความดันไดแอสโตลิก	80.92	14.60	76.77	12.03	59	3.23	0.02

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกหายใจอย่างช้า ภายใน 5 และ 15 นาที

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t	p-value
	X	SD	X	SD			
ก่อนการทดลอง							
ระดับความดันซิสโตลิก	162.77	22.01	162.40	20.78	58	0.66	0.94
ระดับความดันไดแอสโตลิก	80.47	15.33	81.37	14.08	58	-.23	0.81
หลังการทดลอง							
ระดับความดันซิสโตลิก (5 นาที)	152	17.71	142.00	10.80	58	2.63	0.01
ระดับความดันไดแอสโตลิก (5 นาที)	75.73	12.89	69.03	9.29	58	-1.90	0.02
หลังการทดลอง							
ระดับความดันซิสโตลิก (15 นาที)	148.47	19.18	137.00	9.87	58	2.91	0.00
ระดับความดันไดแอสโตลิก (15 นาที)	77.00	11.87	67.70	8.57	58	3.47	0.00

อภิปรายผล

ผลการศึกษาผลของการฝึกหายใจอย่างช้าต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 มีประเด็นในการอภิปรายดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ภายหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้ามีระดับความดันโลหิตแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้ากลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง สอดคล้องกับการศึกษา ค่าเฉลี่ยระดับความดัน ซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ซิฟจร และอัตราการหายใจ ของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุระดับที่ 1 (Essential Hypertension) โรงพยาบาลสุรินทร์ ภายหลังได้รับการฝึกโปรแกรมการฝึกการหายใจอย่างช้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองปกติที่มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (Suwannee, B., 2021) และเช่นเดียวกับการศึกษาพบว่า การหายใจให้ได้น้อยกว่า 10 ครั้งต่อ 1 นาที เป็น ระยะเวลา 8 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Rosenthal, Alter, Peleg, and Gavish, 2001) และจากการศึกษา พบว่า ตัวอย่างที่ฝึกการหายใจอย่างช้าด้วยเครื่องฝึกการหายใจทุกวัน วันละ 15 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Viskoper et al. , 2003) และจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ภายหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้า (5 นาที) มีค่าระดับความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 10 .80 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลง เฉลี่ย 9.29 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันซิสโตลิก (15 นาที) ค่าระดับความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 9.87 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลง เฉลี่ย 8.57 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การฝึกหายใจอย่างช้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Varin, Noraluk, and Pachanut, 2018) ดังนั้นการให้การฝึกหายใจอย่างช้าอย่างเป็นขั้นตอน ตามลำดับ สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้า

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ที่เป็นกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมการฝึกหายใจอย่างช้ามีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและนั่งพัก ซึ่งเป็น การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่มีการฝึกการหายใจอย่างช้ามีการลดลงของระบบประสาทซิมพาเทติก และมีการเพิ่มขึ้นของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของระบบประสาทอัตโนมัติสำหรับกลุ่มที่ฝึกการหายใจเร็ว (Pal, Velkumary, and Madanmohan, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกหายใจอย่างช้ามีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Varin, Noraluk, and Pachanut, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาการฝึกหายใจช้าต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Pranee, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาการออกกำลังกายแบบหายใจลึกๆ เข้าเป็นเวลา 12 นาที สามารถลดระดับความดันของโลหิตสูงสุดขณะ หัวใจห้องล่างบีบตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jirawat, Thanapan, Nonlapan and Pimprae, 2021)

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การฝึกหายใจอย่างช้าเป็นประจําสม่ำเสมอ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ สามารถทำได้ทุกเพศทุกวัย และทำได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ยังไม่ป่วย ซึ่งทำได้ง่ายไม่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และไม่ก่อให้เกิดอันตราย ทั้งนี้จะต้องมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่ทราบสาเหตุ และไม่ทราบสาเหตุ โดยจะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำวิธีการฝึกการหายใจอย่างช้า ไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มผู้มารับบริการทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น
2. ควรนำวิธีการฝึกการหายใจอย่างช้ามาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น
3. ควรนำวิธีการฝึกการหายใจอย่างช้าไปใช้ควบคุมระดับความดันกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและอาการกำเริบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น การฝึกโยคะ การฝึกสมาธิ บำบัด เป็นต้น เพื่อลดการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่างๆ ต่อการลดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการหายใจอย่างช้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาลดความดันโลหิต และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกหายใจอย่างช้าของทั้งสองกลุ่ม

รายการอ้างอิง

- Anaya Kooariyakul, Supranee Muenya, Kulchaya Kooariyakul, Kanyarat Phuengbanhan, Peranan Jerayingmongkol. (2022) Predictive Factors of Self-care Behavior among People with Hypertension for Prevention of Chronic Kidney Diseases. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 32(3), 13-24.
- Chuthamat Kaewchandee, Patcharaporn Krainara, Weerachon Wangsawat, Nitchanan Boonsuk. (2023) Effectiveness of Health Promotion Program for Preventing Hypertension among Risk Groups, *Lanna Public Health Journal*, 19 (1), 11-25.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2562). Hypertention [online]. [1 September 2022]; Data: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
- Jirawat W., Thanapan W., Nonlapan W., and Pimprae W., (2021) .The effect of slow deep breathing exercise programs on blood pressure and heart rate variability in Thai young adults. *Naresuan Phayao Journal*, 14(2), 62-70.

- Khlong Hoi Khong Hospital. (2022). Summary report of patients with coronary artery disease during the fiscal year. 2020-2022. (in Thai).
- Mason, H., Vandoni, M., Debarbieri, G., Codrons, E., Ugargol, V., & Bernardi, L. (2013). Cardiovascular and respiratory effect of yogic slow breathing in the yoga beginner: What is the best approach?. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-7.
- Pandic, S., Ekman, I., Nord, L., & Kjellgren, K. I. (2008). Device-guided breathing exercises in the treatment of hypertension—perceptions and effects. *CVD Prevention and Control*, 3(3), 163-169. doi: 10.1016/j.cvdpc.2008.06.001.
- Pal, G. K., Velkumary, S., & Madanmohan. (2004). Effect of short-term practice of breathing exercises on autonomic functions in normal human volunteers. *The Indian journal of medical research*, 120(2), 115-121.
- Pranee Chailarh (2018), The Outcome of Slow Breathing to Control Blood Pressure in Essential Hypertensive Patients at Primary Care Unit, Chaiyaphum Hospital. 38(1) 36-46.
- Rosenthal, T., Alter, A., Peleg, E., & Gavish, B. (2001). Device-guided breathing exercises reduce blood pressure: ambulatory and home measurements. *American Journal Hypertension*, 14(1), 74-76.
- Seksan Khaicharoen (M.D.)¹ , Mayuri Phithaksilp (M.D.)² , Wanlop Jaidee (Ph.D.)³ and Somjit Prueksaritanond (M.D., M.Sc)² .Effect of slow breath training program on the blood pressure in Hypertensive patient, Randomized control trials,
- Siriyanaluk, T., Ponyasupan,U.,& Srikaew,M. (2011). Complementary core practice among patient with hypertension.Priness of Naradhiwas University Journal, 3(1),61-72.
- Songkhla Public health, (2022) Summary report of patients with coronary artery disease during the fiscal year. 2020-2022. (in Thai).
- Suwannee, B. (2 0 2 1) . Effect of Slow Breathing Program with Decrease Hypertension in Hypertension Stage. *Mahidol R2R e-Journal* 8(2), 111-121.
- Varin Kosirimongkol Noraluk Ua-Kit Pachanut Tantikosoom. (2018) The Effect of Slow Breathing Exercise Program on Blood Pressure Levels Among Essential Hypertensive Patient s, *Journal of the Police Nurses* 10(1), 30-40.
- Viskoper, R., Shapira, I., Priluck, R., Mindlin, R., Chornia, L., Laszt, A., & Alter, A. (2003). Nonpharmacologic treatment of resistant hypertensives by deviceguided slow breathing exercises. *American Journal of Hypertension*, 16(6), 484-487. doi: 10.1016/S0895-7061(03)00571-5.
- Warissara, P., Panjit, N., Winut. D., (2018) . Factors Influencing the Health Behavior of Uncontrolled Hypertension Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 152-165.

การพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

Development of Risk Management Tool for Quality Dental Clinics of
Sub-district Health Promoting Hospitals in Pathum Thani Province

ฐิติพร บุณนาค

Thitiporn Bunnag

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

Dental Public Health Group, Pathum Thani Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาของคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี สร้างและประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลและทันตบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพจังหวัดปทุมธานี แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการจัดการความเสี่ยง โดยมีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการประเมินอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 3 ข้อจาก 4 ข้อ (ร้อยละ 75.0) เครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้นคือ แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (3) เหตุการณ์ (4) มาตรการจัดการความเสี่ยง และ (5) ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีผลการตรวจสอบคุณภาพแบบรายงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.17, SD.=0.47) ผลการประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นพบว่าภายหลังการทดลองใช้ คลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์การจัดการความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกข้อ

ดังนั้น เครื่องมือจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานบริการในคลินิกทันตกรรมและบริการด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : คลินิกทันตกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดการความเสี่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thiti_fonthiti@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 084 645 4246)

Abstract

This research and development aimed to investigate the situation and problems of quality dental clinics, develop and evaluate the effectiveness of risk management tool using in sub-district health promoting hospitals in Pathum Thani province. The samples were 43 persons including dentists from Pathum Thani hospital and dental staff in the sub-district health promoting hospitals in Pathum Thani province. The research instruments were the standard assessment forms of quality dental clinics, record forms of group discussions and questionnaires. The quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation statistics, and the qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the main problem of quality dental clinics was risk management which 75.0%. of sub-district health promoting hospitals passed the assessment at a low level. The development of risk management tool for quality dental clinics of sub-district health promoting hospitals was the sub-district health promoting hospital risk occurrence report form which consisted of: (1) general information; (2) adverse event reports; (3) events; (4) risk management events and actions; and (5) risk management committee opinions. Quality of the developed form was assessed showing as having high effectiveness (mean=4.17, SD.=0.47). After the audit, the quality dental clinics in the sub-district health promoting hospitals were assessed and met all the additional criteria of risk management.

Therefore, the developed risk management tools can be used to develop risk management standards in the quality dental clinics of sub-district health promoting hospitals for further quality.

Keywords: Quality Dental Clinic, Sub-district Health Promoting Hospital, Risk Management

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารจัดการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ในรูปแบบของเขตสุขภาพ เพื่อต้องการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่ โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงมาตรฐานระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต โดยมีการกำหนดให้บริการปฐมภูมิ (Primary care service) เป็นบริการด่านแรกและส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ให้กับโรงพยาบาล (Hospital service) เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกันและจาก (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทยปี 2566-2580 พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากในสถานีนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 มีอัตราการใช้บริการเป็นอันดับ 3 รองจากคลินิกเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยในแผนงานที่ 4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากทุกระดับ เชื่อมโยงบริการไร้รอยต่อ จึงมีมาตรการสำคัญในการพัฒนาหน่วยบริการให้สามารถจัดการบริการทันตกรรมปฐมภูมิได้ตามมาตรฐาน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

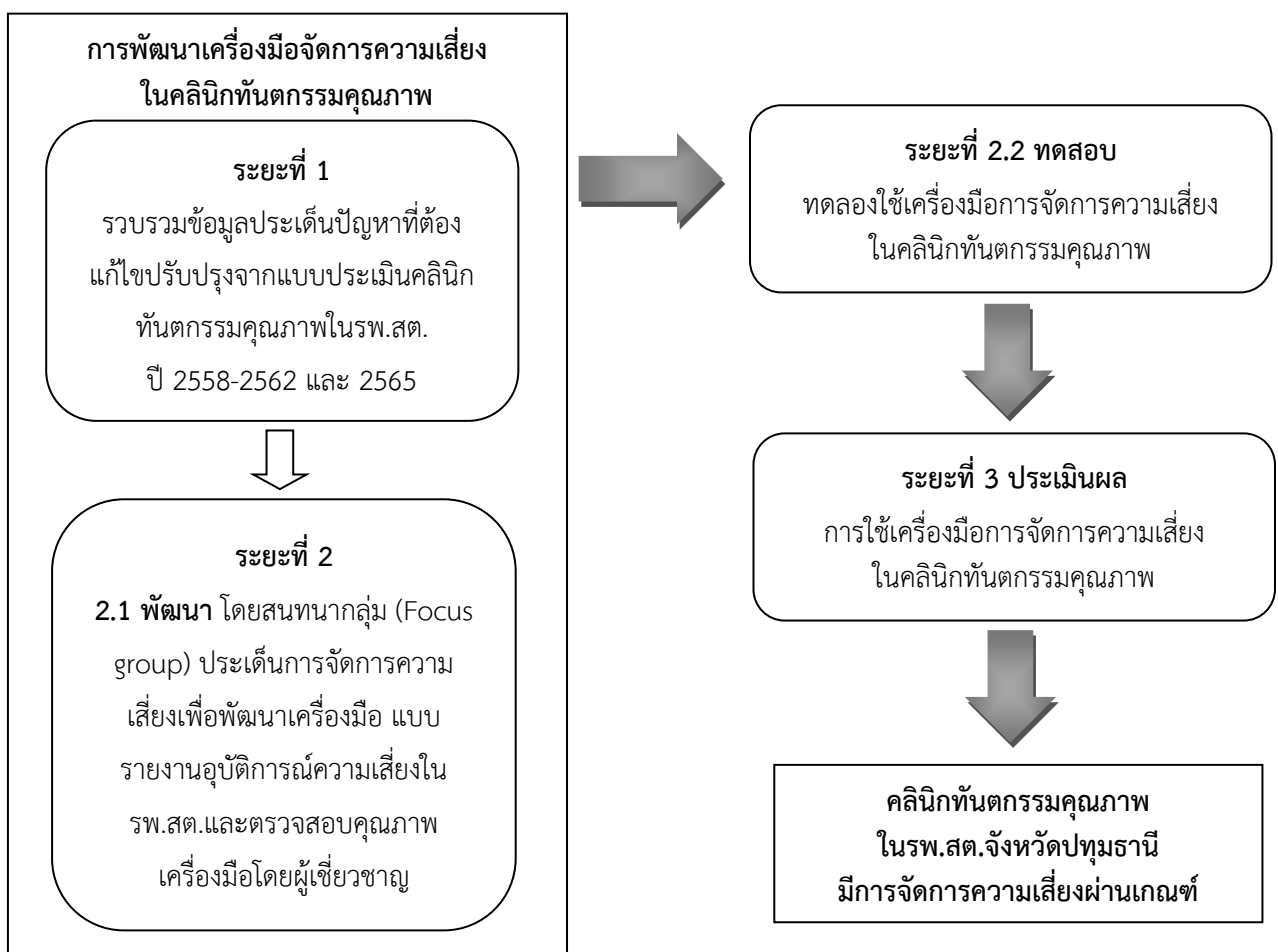
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพัฒนาระบบทันตสุขภาพ สนับสนุนบริการทันตกรรมในทุกระดับ (กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2564) การสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขได้ตามเกณฑ์มาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในจังหวัดปทุมธานีที่ประชาชนมีทางเลือกและต้องการบริการคุณภาพที่มีความน่าเชื่อถือ การทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจเชื่อมั่น ผู้ให้บริการทำงานด้วยความคล่องตัวภายใต้ความเสี่ยงจากระบบงานและจากการให้บริการในระดับต่ำที่สุดจะช่วยลดข้อร้องเรียนต่างๆ ได้ (ทันตแพทยสภา, 2558) จังหวัดปทุมธานีมีคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 64 แห่ง ที่ได้นำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Thai Dental Safety Goals & Guideline, 2015) ของทันตแพทยสภา (2558) ไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคลินิกทันตกรรมให้สามารถบริการทันตกรรมแก่ประชาชนได้ตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับประเทศ (อมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ และสุณีย์ วงศ์คงคาเทพ, 2559) จากผลการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานีที่ผ่านมาพบว่า การไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดบางประการ อาทิ ควรมีการนำอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบในหน่วยงานมาสื่อสารในการประชุมเจ้าหน้าที่ประจำสัปดาห์หรือน้อยเดือนละครั้ง ภายใต้บรรยากาศที่ปลอดภัย ปราศจากการกล่าวโทษ และมีการนำอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง หรือไม่รุนแรงแต่พบบ่อย มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ระบบงาน โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล จะส่งผลกระทบต่อ การให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนผู้มารับบริการ เช่น การมีผู้ป่วยที่ถอนฟันแล้วเลือดออกไม่หยุดหลายราย หากไม่ทำการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะทำให้ขาดการทบทวนเหตุการณ์ บันทึกความถี่ วิเคราะห์หาสาเหตุและวางมาตรการแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานีขึ้นเพื่อช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการทันตกรรม โดยมีขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง และการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมและนำไปทดลองใช้พัฒนาคุณภาพด้านการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี ให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการทันตกรรมได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อสร้างเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหามาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดปทุมธานี ปี 2558-2562 และ 2565 (ปี 2563 และ 2564 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงไม่ได้มีการประเมิน) ระยะที่ 2 พัฒนาและทดสอบ (Try out) เครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้เครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

พื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 64 แห่ง

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยตามระยะการศึกษาดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานีในระยะ 6 ปีที่ผ่านมา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา

พื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ คลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 64 แห่ง เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานีที่มีคลินิกทันตกรรมและได้รับการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพของจังหวัดปทุมธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินเกณฑ์คลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปทุมธานี โดยประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Thai Dental Safety Goals & Guideline, 2015) ของทันตแพทยสภา จำนวน 5 หมวด 63 ข้อย่อย ได้แก่ หมวดที่ 1 สื่อสารเพื่อการรับรู้และเข้าใจ (Safe Communication) 5 ข้อย่อย หมวดที่ 2 ให้การรักษาอย่างปลอดภัย (Safe Treatment) 17 ข้อย่อย หมวดที่ 3 ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน (Safe Infection Control) 31 ข้อย่อย หมวดที่ 4 บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน (Safe Record) 6 ข้อย่อย และหมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) 4 ข้อย่อย โดยเกณฑ์การพิจารณาว่าข้อย่อยใดเป็นปัญหาแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ (Bloom, B.S., 1974) คือ ข้อที่มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ข้อนั้นผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 - 79.99 หมายถึงอยู่ในระดับปานกลาง และผ่านเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบประเมินดังกล่าวมีค่า IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 แสดงว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ($IOC \geq 0.50$)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิของคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานีแบบย้อนหลัง จำนวน 64 แห่ง ในรายงานการตรวจติดตามและประเมินผลคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปทุมธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ระยะที่ 2 การสร้างเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรได้แก่ ทันตแพทย์และทันตบุคลากรในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลจำนวน 7 คนและทันตบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 13 คน รวม 20 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้รับผิดชอบงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพเรื่องการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลแม่ข่ายและ/หรือเป็นทันตบุคลากรปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งที่ผ่านเกณฑ์สูงและผ่านเกณฑ์ต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อคำถามมีลักษณะปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและได้เครื่องมือจัดการความเสี่ยงเป็นใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในรพ.สต. จังหวัดปทุมธานี หลังจากนั้นนำไปผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบประเมินดังกล่าวมีค่า IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 แสดงว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ($IOC \geq 0.50$)

วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การจัดเวทีสนทนากลุ่มในวันที่ 19 กันยายน 2566 ณ ห้องประชุมรังสิตประยูรศักดิ์ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลผลการศึกษาในระยะนี้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี

พื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ คลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 แห่ง เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานีที่ได้รับการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพและสมัครใจทดลองใช้เครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรได้แก่ ทันตบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือได้แก่ ทันตบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ (Try out) จำนวน 23 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นทันตบุคลากรปฏิบัติงานในรพ.สต.ที่สมัครใจทดลองใช้เครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอรรถประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง ข้อคำถามเป็นชนิดประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจนำเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2566/40 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดของการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานี

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินเกณฑ์คลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี เพื่อพิจารณาผลรายปีพบว่า หมวดที่ 1-4 มีข้อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ในระดับสูงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหมวดที่ 3 ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน พบว่าผลประเมินในปี 2565 หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีข้อที่ผ่านเกณฑ์ในระดับสูงถึง 29 ข้อจาก 31 ข้อ (ร้อยละ 93.5) และไม่พบข้อที่อยู่ในระดับต่ำเลย ยกเว้นหมวดการจัดการความเสี่ยงที่ในปี 2558 และ 2559 มีข้อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ในระดับต่ำทั้ง 4 ข้อ (ร้อยละ 100) และมีผลผ่านเกณฑ์ในระดับสูง 1 ข้อ ในปี 2560-2562 (ร้อยละ 25) ในปี 2565 จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ในระดับต่ำลดลง แต่ไม่มีข้อที่ผ่านในระดับสูงเลย เมื่อนำผลจากทั้ง 6 ปีมาวิเคราะห์มีผลการประเมินภาพรวม แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดปทุมธานี

หมวด	จำนวน ข้อ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 1 สื่อสารเพื่อการรับรู้และเข้าใจ (Safe Communication)	5	4	80.0	1	20.0	0	0.0
หมวดที่ 2 ให้การรักษอย่างปลอดภัย (Safe Treatment)	17	10	58.8	7	41.2	0	0.0
หมวดที่ 3 ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน (Safe Infection Control)	31	24	77.4	3	9.7	4	12.9
หมวดที่ 4 บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน (Safe Record)	6	3	50.0	1	16.7	2	33.3
หมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management)	4	0	0.0	1	25.0	3	75.0
ภาพรวม	63	41	65.1	13	20.6	9	14.3

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานี ในภาพรวมพบว่า ข้อที่มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านการเกณฑ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 41 ข้อ (ร้อยละ 65.1) ระดับปานกลาง จำนวน 13 ข้อ (ร้อยละ 20.6) และระดับต่ำ จำนวน 9 ข้อ (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวดพบว่า หมวดที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับต่ำที่สุดคือ หมวดที่ 5 มีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือ หมวดที่ 4 บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วนและหมวดที่ 3 ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน (ร้อยละ 33.3 และ 12.9 ตามลำดับ)

ระยะที่ 2 การสร้างเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี ในขั้นตอนนี้ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาเป็นดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจัดลำดับความสำคัญของความต้องการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปทุมธานี พบว่า ร้อยละ 90.6 ต้องการให้แก้ไขในหมวดที่ไม่ผ่านมากที่สุด คือ การจัดการความเสี่ยง มีเพียงร้อยละ 9.4 ที่ต้องการให้แก้ไขทุกหมวด

2.2 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มมีมติร่วมกันในการพัฒนาเครื่องมือการจัดการความเสี่ยงที่จะนำมาใช้พัฒนาคุณภาพของคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สามารถให้บริการทันตกรรมได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยศึกษาทบทวนเครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมของหน่วยงานสาธารณสุข/องค์กร/สถาบันการศึกษาหลายแห่ง พบว่า เครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือจัดการความเสี่ยงของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (2566) จึงนำมาใช้

เป็นประเด็นในการสนทนากลุ่มและพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี

2.3 ผลการสร้างเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี ทำให้ได้ “แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี”

2.4 ผู้วิจัยนำเครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานีที่พัฒนาขึ้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 แสดงว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี ภายหลังที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นคือ “แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี” ไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แล้วทำการประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจำนวน 30 แห่ง

3.1 ผลการประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

รายการประเมิน	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านอรรถประโยชน์	4.28	0.48	สูง
2. ด้านความเป็นไปได้	4.06	0.49	สูง
3. ด้านความเหมาะสม	4.18	0.57	สูง
4. ด้านความถูกต้อง	4.17	0.53	สูง
ภาพรวม	4.17	0.47	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ประสิทธิผลของเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานีในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก (mean=4.17, SD.=0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย ได้แก่ ด้านอรรถประโยชน์ (mean=4.28, SD.=0.47) รองลงมาคือ ด้านความเหมาะสม (mean=4.18, SD.=0.57) และด้านความถูกต้อง (mean=4.17, SD.=0.53) ส่วนด้านความเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (mean=4.06, SD.=0.49)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอรรถประโยชน์รายด้านและรายข้ออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาตามรูปแบบทำให้การปฏิบัติงานตามมาตรฐานมีความครบถ้วนมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\text{mean}=4.37$, $\text{SD}=0.57$) รองลงมาคือ ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาตามรูปแบบมีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\text{mean}=4.35$, $\text{SD}=0.57$) และผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาตามรูปแบบมีประโยชน์ต่อการจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ($\text{mean}=4.28$, $\text{SD}=0.54$) ตามลำดับ

ด้านความเหมาะสม รายด้านและรายข้ออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า รูปแบบการพัฒนาคำนึงถึงผลกระทบของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทันตกรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\text{mean}=4.28$, $\text{SD}=0.69$) รองลงมา ได้แก่ รูปแบบการพัฒนามีความสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ($\text{mean}=4.24$, $\text{SD}=0.67$) เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีแนวปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติงานยอมรับได้ ($\text{mean}=4.24$, $\text{SD}=0.64$) และแนวทางการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือ ($\text{mean}=4.24$, $\text{SD}=0.64$) ตามลำดับ

ด้านความถูกต้อง รายด้านและรายข้ออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อการพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\text{mean}=4.26$, $\text{SD}=0.61$) รองลงมาได้แก่ การรายงานผลการพัฒนา มีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับ ($\text{mean}=4.24$, $\text{SD}=0.67$) และเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ ($\text{mean}=4.20$, $\text{SD}=0.54$) ตามลำดับ

ด้านความเป็นไปได้ รายด้านและรายข้ออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงได้ ($\text{mean}=4.15$, $\text{SD}=0.73$) และประโยชน์ที่ได้มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับเวลาและค่าใช้จ่ายที่ลงทุนไป ($\text{mean}=4.15$, $\text{SD}=0.56$) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความสะดวกในการดำเนินงานในทุกสถานการณ์ ($\text{mean}=4.04$, $\text{SD}=0.51$) ตามลำดับ

3.2 ผลการทดลองใช้เครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้น ในหมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เปรียบเทียบระหว่างก่อนการพัฒนากับภายหลังการพัฒนาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 23 แห่ง รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก

ทันตกรรมคุณภาพ หมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ก่อนและหลังการพัฒนา

รายการประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
RM 1.1 ควรมีระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ทั้ง เหตุการณ์ ที่เกิดความเสียหายแล้ว (miss) รวมถึงที่มีความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่สามารถ ดักจับหรือแก้ไขได้ทัน ยังไม่เกิดความเสียหาย (near miss)	18	78.26	23	100.00
RM 1.2 ควรมีการนำอุบัติการณ์ตามข้อ 1.1 ที่พบใน หน่วยงาน (อากรวมถึงอุบัติการณ์ ที่เรียนรู้จากนอก หน่วยงาน) มาสื่อสารในการประชุมเจ้าหน้าที่ประจำ สัปดาห์หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง ภายใต้บรรยากาศที่ ปลอดภัย ปราศจากการกล่าวโทษ (No Blame Culture)	12	52.17	20	86.96
RM 2.1 มีการนำอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง หรือไม่ รุนแรงแต่พบบ่อย มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ระบบงาน โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล (เนื่องจาก Human Errors เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้แม้ในผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ)	4	17.39	18	78.26
RM 2.2 วางมาตรการป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่ รัดกุมและสามารถป้องกัน Human Errors ได้	12	52.17	23	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาเครื่องมือการจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานในหมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เพิ่มขึ้นทุกข้อ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินก่อนการพัฒนา โดยเฉพาะการมีระบบ บันทึกรายงานอุบัติการณ์ (RM 1.1) และการวางมาตรการป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่รัดกุม (RM 2.2) มีผล การประเมินผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ทั้งสองข้อ ส่วนการนำอุบัติการณ์ที่พบในหน่วยงานมาสื่อสารในการ ประชุมเจ้าหน้าที่ประจำสัปดาห์ (RM 1.2) และการนำอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง หรือไม่รุนแรงแต่พบบ่อยมา วิเคราะห์หาสาเหตุที่ระบบงาน (RM 2.1) มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.96 และ 78.26 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้วิจัยขอเสนออภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาศาถนุการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดปทุมธานีที่ผ่านมาพบว่า มีผลการประเมินในภาพรวมทั้ง 5 หมวด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 มีการสื่อสารเพื่อการรับรู้และเข้าใจ (Safe Communication) หมวดที่ 2 ให้การรักษาอย่างปลอดภัย (Safe Treatment) หมวดที่ 3 มีการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน (Safe Infection Control) หมวดที่ 4 บันทึกข้อความสำคัญครบถ้วน (Safe Record) และหมวดที่ 5 มีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management)

มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.1 โดยหมวดที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับต่ำสุดคือ หมวดที่ 5 ซึ่งเป็นประเด็นในเรื่องการจัดการความเสี่ยง ร้อยละ 75.0 และยังเป็นหมวดที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการในการแก้ปัญหามากที่สุด ซึ่งการที่หมวดนี้ได้รับการประเมินให้ผ่านน้อยกว่าหมวดอื่น อาจเนื่องมาจากยังไม่มีประเด็นนี้ในการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเหมือนกับที่ใช้ประเมินในโรงพยาบาลที่มีเรื่องการบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัยในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และที่สำคัญคือยังไม่มีผู้ศึกษาเรื่องการจัดการความเสี่ยงทางพันธุกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการในคณะทันตแพทยศาสตร์ในรูปแบบคู่มือการปฏิบัติงานของคณะ (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2562, คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566) เป็นต้น ทำให้ทันตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมียังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการความเสี่ยงและไม่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผลกระทบที่มีต่อคุณภาพการบริการทันตกรรม ดังที่คำกล่าวไว้ว่าความรู้และความเข้าใจมีความสำคัญก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้แบบประเมินที่นำมาใช้แต่เดิมนั้นมีหลายข้อหลายรายการซึ่งมีความซับซ้อนและขาดความชัดเจนซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการะงานมาก จำนวนเจ้าหน้าที่น้อยและบางครั้งยังต้องแบ่งเวลาในงานในคลินิกทันตกรรมไปช่วยงานอื่นที่ไม่ใช่งานในหน้าที่รับผิดชอบ เช่น งานบริหาร งานธุรการและงานเอกสาร เป็นต้น (ประภาเทัญสุวรรณ, 2526) สอดคล้องกับการศึกษาของจินดา คำแก้ว (2566) และรายงานผลการพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ปี 2565 พบว่าปัญหาอุปสรรคในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ สหวิชาชีพมีการะงานมากเมื่อเทียบอัตรากำลังตัวชี้วัดกระทรวงไม่ตอบบริบทของชุมชน และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน และมีการเปลี่ยนสายงานจากภาระงานที่มาก

2. ผลการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี ได้เครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรม “แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี” เป็นลักษณะรายงาน ตรวจสอบ (check list) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3) เหตุการณ์ 4) มาตรการจัดการความเสี่ยง และ 5) ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจาก จากผลการประเมินเกณฑ์การจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมที่ประเมินมี 4 ข้อ พบว่ามี 3 ข้อที่มีจำนวนคลินิกที่ผ่านเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยข้อ RM 1.1 มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 67.1 (55 จาก 82 แห่ง) ข้อ RM 1.2 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 46.3 ข้อ RM 2.1 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 17.4 และข้อ RM 2.2 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 24.3 จากที่พบปัญหาในปีแรกมาจากการขาดความรู้ ทางจังหวัดจึงมีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการความเสี่ยง แต่ไม่ได้บังคับเรื่องแบบฟอร์มในการใช้ ให้ใช้ตามโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ความเข้มข้นของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการกำกับติดตามมีความแตกต่างกัน เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลประชาธิปไตยมีการกำกับติดตามต่อเนื่องโดยใช้แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นเครื่องมือจัดการความเสี่ยง ดังนั้นสามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบของจังหวัดปทุมธานี จากผลการสนทนากลุ่มจากทันตแพทย์ที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการความเสี่ยงและทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการปรับรายงานต้นแบบของเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลประชาธิปไตยพบว่า แบบรายงานดังกล่าวมี

คุณภาพ ใช้งานได้สะดวก และเข้าใจง่าย รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำไปใช้ปฏิบัติจริง นอกจากนี้ยังพบว่าแบบรายงานดังกล่าวมีส่วนที่แตกต่างจากใบรายงานอุบัติการณ์ของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่มีการจัดลำดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขนาดเล็ก มีโครงสร้างการบริหารงานภายในไม่ซับซ้อน งานบริการที่ให้การรักษานั่นงานทันตกรรมป้องกันและรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่ส่งผลที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงสูง และอาจสร้างความสับสนให้กับเจ้าหน้าที่ในการประเมินระดับความรุนแรง เกิดความไม่แน่ใจในการเริ่มต้นที่กฏบัติการความเสี่ยง ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริงถือเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งที่จะทำให้หน่วยงานหรือองค์กรใดๆ สามารถบรรลุไปยังเป้าหมายที่กำหนดได้ (สุมาลี จิระจรัส, 2548) ดังจะเห็นได้จากการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ไปทดสอบใช้ปฏิบัติจริงในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ามีผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานในหมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เพิ่มขึ้นทุกข้อ โดยเฉพาะข้อ RM 1.1 และ RM 2.2 มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 ส่วนข้อ RM 1.2 และข้อ RM 2.1 มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.96 และ 78.26 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจาก ทันตบุคลากรมีความเข้าใจในเครื่องมือและมีความสะดวกในการใช้ประเมินความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมในการปฏิบัติงานจริงจึงเกิดความมั่นใจในการบันทึกรายงานความเสี่ยง อีกทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันที่สิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและไม่แน่นอน คลินิกทันตกรรมจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เช่น ภาวะวิกฤตสุขภาพจากโรคโควิด 19 เป็นต้น ดังนั้นการตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัย การจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมจึงมีผลต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการและการรับบริการ (ศิษฐ์ ธรวราทิพย์, 2564) เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยิ่งขึ้น จึงส่งผลต่อการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นในทุกข้อ

3. การประเมินผลการใช้เครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.17, SD.=0.47) เมื่อพิจารณารายด้านก็อยู่ในระดับมากเช่นกันในทุกด้าน ได้แก่ ด้านอรรถประโยชน์ (mean=4.28, SD.=0.47) รองลงมาคือด้านความเหมาะสม (mean=4.18, SD.=0.57) ด้านความถูกต้อง (mean=4.17, SD.=0.53) และด้านความเป็นไปได้ (mean=4.06, SD.=0.49) ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในระยะที่ 2 ของการวิจัยนี้ได้นำรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเป็นทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและความคิดเห็นที่มีต่อการพัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมที่ตรงกับความต้องการจำเป็นของทันตบุคลากรที่เป็นผู้ใช้เครื่องมือนี้ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) โดยตรง แบบประเมินความเสี่ยงที่ได้จึงเป็นมติเห็นพ้องร่วมกันในการนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม พบว่าข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มสามารถสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในสิ่งจำเป็นที่ต้องปรับปรุง และช่วยในการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการได้อย่างชัดเจนเพื่อให้บรรลุคุณภาพการบริการ (วุฒิชัย จริยา, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และภิรมย์ อำเทศ, 2551)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้ทราบหมวดที่ทันตบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน โดยจากการสนทนากลุ่มทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีการจัดการความเสี่ยงผ่านเกณฑ์จะได้รับการอบรมให้ความรู้จากโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับการกำกับติดตาม จากข้อค้นพบนี้ทำให้จังหวัดสามารถพัฒนาศักยภาพในประเด็นนั้นได้ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งการจัดการความเสี่ยงเป็นกระบวนการในการป้องกันไม่ให้เกิด ดักจับได้ทัน และลดความเสี่ยงทั้งความเสี่ยงประเภททั่วไปและความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งมาตรการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบางครั้งเกิดเป็นแนวทาง/นวัตกรรมที่สามารถเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างได้ต่อไป อาทิ วิธีการแนะนำการปฏิบัติตนของคนไข้หลังถอนฟัน มีการปรับจากใบคำแนะนำที่เป็นตัวหนังสือเป็นการใช้รูปภาพ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนเลือดไหลไม่หยุดหลังถอนฟันได้ เป็นต้น และการบันทึกความเสี่ยงอยู่เสมอจะทำให้เกิดกระบวนการคุณภาพในการวางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) ปรับปรุง (Act) การทำงานอย่างเป็นระบบ ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานตามมาตรฐานได้ครบทั้ง 5 หมวดอยู่เสมอ และงานวิจัยนี้เกิดกระบวนการในการสร้างเครื่องมือที่เกิดจากความต้องการของผู้ใช้งานและเมื่อนำไปใช้จริงพบว่า สามารถแก้ปัญหาใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่เพียงงานทันตกรรมแต่เป็นงานบริการด้านอื่นๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ภายใต้ผู้บริหารที่เข้าใจเห็นความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงในบรรยากาศที่ไม่กล่าวโทษ (No Blame Culture) นำไปสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) คุณภาพที่ผู้รับบริการปลอดภัยและผู้ให้บริการปลอดภัยอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำอุบัติการณ์ที่ทันตบุคลากรรายงานความเสี่ยงใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ทั้งประเภททั่วไปและประเภทคลินิกมาทบทวน จัดลำดับตามความรุนแรง และที่ไม่รุนแรงแต่พบบ่อยในภาพจังหวัด นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis) เพื่อจัดทำเป็นมาตรการหรือแนวทางป้องกันที่อาจเอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยในวงกว้างอย่างต่อเนื่องยิ่งต่อไป

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). (ร่าง) แผนปฏิบัติการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขสำหรับบุคลากรทันตแพทยศาสตร์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองบริหารทรัพยากรบุคคล. (2564). โครงสร้างหน่วยงานในการบริหารส่วนจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). คู่มือการบริหารความเสี่ยง และการจัดการข้อร้องเรียน/เสนอแนะ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับปรับปรุง. ฝ่ายประกันคุณภาพ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2562). คู่มือปฏิบัติงานโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 131-134.
- จินดา คำแก้ว. (2566). ผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(3), 894-907.
- ทันตแพทยสภา. (2542). การรับรองคุณภาพบริการทันตกรรม (Dental Accreditation). วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 4, 63-70.
- ทันตแพทยสภา. (2558). เป้าหมายและแนวทางความปลอดภัยทางทันตกรรม พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทักษะ: การวัดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- วุฒิชัย จริยา, นิทรา กิจธีระวุฒิวงศ์ และ ภิรมย์ อำเทศ. (2551). การศึกษาประสบการณ์การใช้บริการปฐมภูมิ โดยวิธีสนทนากลุ่ม. กองทุนวิจัยคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิษฐ์ ธรรมวาทิตย์. (2564). กลยุทธ์การปรับตัวของคลินิกทันตกรรมในภาวะวิกฤตสุขภาพ. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการจัดการ วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ และสุณีย์ วงศ์คงคาเทพ. (2559). การจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2557. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 21, 68-78.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B.S. (ed.) (1974). *Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Mckay.

การพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา

The development of a family doctor clinic vaccination service model Sadao Hospital

อุไร หัตถเลาะ¹ นกษา สิงห์วีระธรรม^{2*} กิตติพร เนาว์สุวรรณ³

Urai Hudloh¹ Noppcha Singweratham^{2*} Kittiporn Nawsuwan³

โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³

Sadao Hospital, Songkhla Province¹ Faculty of Public Health, Chiang Mai University^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบและประสิทธิผลของรูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา ดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ การบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ขั้นตอนที่ 2 การสร้าง และพัฒนารูปแบบบริการวัคซีนโดยยกร่างรูปแบบจากผู้ปฏิบัติงาน 5 คน ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการวัคซีน ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง ประชากรที่ใช้ ได้แก่ เด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 261 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทะเบียนนัดวัคซีน และทะเบียนความครอบคลุมวัคซีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ผลวิจัยพบว่า

1. สภาพการณ์การขาดนัดวัคซีนของเด็ก 0 - 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ช่วง 6 เดือนแรก ปีพ.ศ. 2565 โดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 65 และความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 1 ปี 2 ปี 3 ปี 5 ปี ร้อยละ 26, 61, 50 และ 49 ตามลำดับ ซึ่งต่ำเกณฑ์

2. รูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา คือ รูปแบบ SAI & C ประกอบด้วย 1) ระบบบริการ 2) ระบบการนัดและการติดตาม 3) ระบบสารสนเทศ และ 4) ระบบการติดตามความครอบคลุม

3. หลังการใช้รูปแบบแล้วพบว่า อัตราการขาดนัดการรับวัคซีนลดลงจากร้อยละ 65 ต่อเดือน เป็นร้อยละ 20 ต่อเดือน นอกจากนี้อัตราความครอบคลุมการรับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี และ 5 ปี เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26, 61, 50 และ 49 เป็นร้อยละ 90, 83, 72 และ 83 ตามลำดับ

ดังนั้นควรนำรูปแบบการบริการวัคซีนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการช่วยลดปัญหาการรับบริการวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: การบริการวัคซีน; คลินิกหมอครอบครัว; ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vany.pata@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081 276 9605)

Abstract

This research and development aimed to study situation of vaccination service, develop a vaccination service model and evaluate the developed model provided by family doctor clinic at Sadao hospital. There were 3 steps of development: Step 1: Studying the situation of vaccination service provided by family doctor clinic at Sadao hospital by analyzing the related documents; Step 2: Creating and developing a vaccine service model drafted by 5 practitioners and validated by 3 experts; and Step 3: Studying the effectiveness of the vaccine service model using quasi-experimental research as one-group pretest post-test design. The populations were 261 children aged 0 - 5 years old. The instrumental tools were the vaccination service model provided by family doctor clinic, vaccine register and vaccine coverage register. Data were analyzed using frequencies and percentage. The results found that:

1. The situation of vaccination service found that more than 65% of children missed the vaccine appointments in the first half year of 2022 and the vaccine coverage rates of children aged 1, 2, 3 and 5 years old illustrated as 26%, 61%, 50% and 49% respectively which were lower than the criterion.

2. The model of vaccination service at Sadao hospital provided by family doctor clinic was SAI & C which consisted of: 1) service system; 2) appointment and follow-up system; 3) information system; and 4) coverage monitoring system.

3. After applying the model, the missing rate of vaccination appointments decreased from 65% to 20% per month. In addition, the vaccination coverage rates for children aged 1, 2, 3 and 5 years old increased from 26%, 61%, 50% and 49% to 90%, 83%, 72% and 83% respectively.

Therefore, the developed vaccination service model should be applied to reduce the problem of vaccination service in the target group to be consistent with the way of life and the context of the community.

Keywords : Vaccination service, Family doctor clinic, Vaccination coverage

บทนำ

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2520 - 2552 มีการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแบบบูรณาการเข้าในระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน นับตั้งแต่เริ่มต้นจนปัจจุบัน เป็นเวลากว่า 3 ทศวรรษ ประเทศไทยใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป็นเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และคณะ, 2562) ได้บรรจุวัคซีนพื้นฐานในเด็ก 0 - 5 ปีไว้ในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของประเทศ (อรรถพล รินทรักษ์, 2562) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนเป็นกลวิธีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูง และมีความคุ้มค่ามากที่สุด โดยเฉพาะการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในวัยเด็ก ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าของประเทศชาติ เด็กเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาชาติบ้านเมือง (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และคณะ, 2562) การที่เด็กจะมีสุขภาพที่ดีก็ต้องปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของเด็ก 0 - 5 ปี เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (รุสนา ดอแม้ง, 2559)

ปี 2562 คลินิกหออครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ขยายพื้นที่บริการไปในเขต 6 ชุมชนของเขตเทศบาลเมืองสะเดา ทำให้ประชากรกลุ่มเด็ก 0 - 5 ปีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งอำเภอสะเดาเป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ทำให้การเคลื่อนย้ายประชากรอยู่บ่อยครั้ง รูปแบบบริการวัคซีนระบบเดิม ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบรายชื่อเด็กที่นัด 2) การลงทะเบียนเด็กที่มาใช้บริการ 3) บริการฉีดวัคซีนในคลินิก WBC (Well Baby Clinic) 4) ลงนัดวัคซีนในสมุดสีชมพู 5) คีย์ข้อมูลการให้บริการลงในระบบ JHCIS (ศุภานิช ธรรมทินโน, 2561) ไม่สามารถแก้ปัญหาการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของพื้นที่ได้ จากการเก็บข้อมูลทะเบียนนัดวัคซีน และทะเบียนความครอบคลุมวัคซีนของคลินิกหออครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา พบปัญหาเด็กขาดนัดมากกว่าร้อยละ 65.8 การติดตามความครอบคลุมน้อยกว่า ร้อยละ 45 (ข้อมูลจากทะเบียนนัดวัคซีน PCC รพ.สะเดา, 2565) สาเหตุจากผู้ปกครองลืมวันนัด ย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่นโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ กลัวเด็กจะมีไข้และงอแงผู้ปกครองทำงานไม่ได้ขาดรายได้ เชื่อว่าเด็กแข็งแรงจะไม่เป็นโรค และมีความเชื่อว่าวัคซีนไม่อันตราย ฉีดวัคซีนแล้วเป็นหนอง รวมถึงเด็กอยู่กับปู่ ย่า ไม่สนใจเรื่องวัคซีน (อภิขญา หิมมา และวัลลภา เขยบัวแก้ว, 2565) กล่าวได้ว่าพฤติกรรมของผู้ปกครองเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของเด็ก(บุษกร พันธเมธธาตุติ และคณะ 2562) ผู้ปกครองขาดความรู้ ขาดความตระหนัก มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจะไม่นำลูกไปฉีดวัคซีน จึงกล่าวได้ว่า การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของผู้ปกครอง ความรู้ของผู้ปกครอง การรับรู้ผลดีผลเสียของผู้ปกครอง (ณปภา ประยูรวงษ์ และมารุต ภูพะเนียด, 2562) การจัดรูปแบบบริการวัคซีนที่ดี จะต้องสอดคล้องเหมาะสม กับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลวิธีรูปแบบบริการวัคซีน SAI & C โดยการนำรูปแบบการบริการแบบเดิมมาปรับเปลี่ยนพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) S: ระบบบริการในคลินิก 2) A: ระบบการนัด 3) I: ระบบสารสนเทศ 4) C: ระบบการติดตามความครอบคลุม เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาบริการวัคซีนในพื้นที่และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ก่อนและหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ เพื่อช่วยให้การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันมีประสิทธิภาพ อำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และช่วยลดปัญหาการเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ตอบโจทย์ในการทำงานด้านวัคซีน

วัตถุประสงค์วิจัย

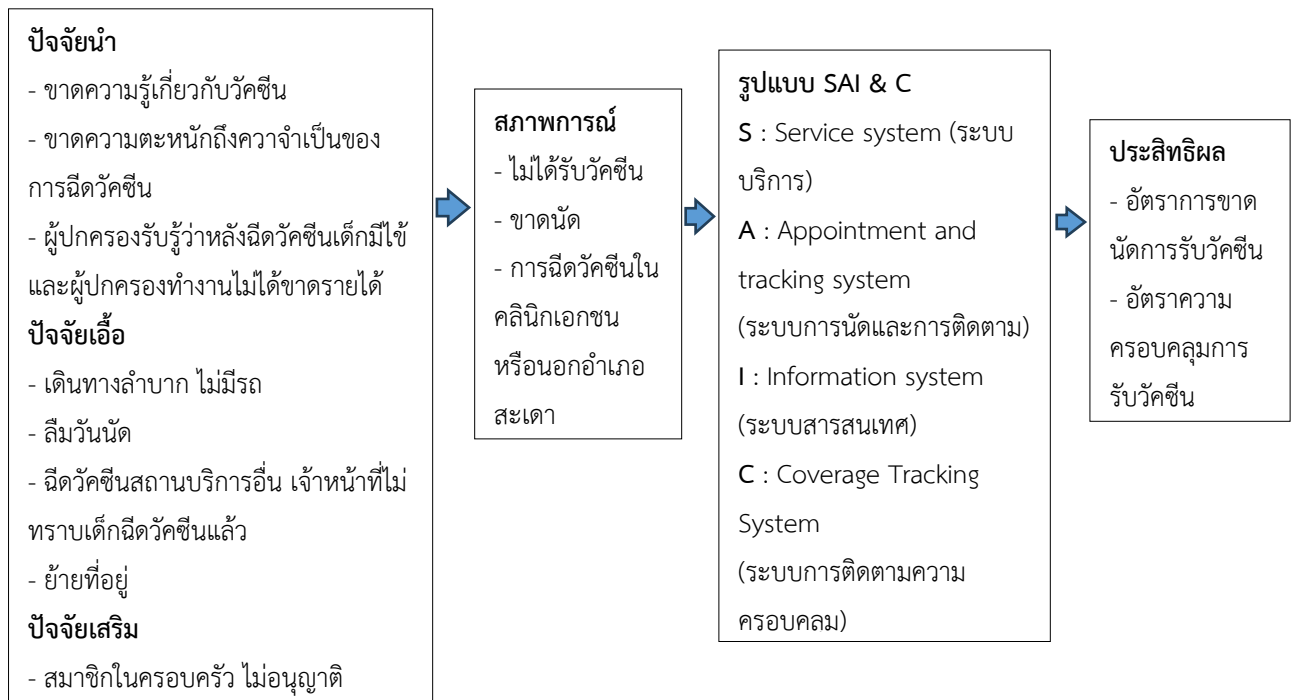
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ การบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนโรงพยาบาลสะเดา

สมมติฐาน

รูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C ที่คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดาการพัฒนา จะส่งผลให้ความเด็กขาดนัดลดลง และครอบคลุมของการได้รับบริการวัคซีนของ 0 - 5 ปี เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา ผู้วิจัยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Lawrence, Green และ Marshall Krueter (1999) มาเป็นรูปแบบการวางแผน โดยมีแนวคิดที่ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมี 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จะต้องได้รับการประเมินอย่างถูกต้องจึงสามารถกำหนดกลวิธี และกิจกรรม ดำเนินการจัดโปรแกรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับปัจจัยแวดล้อมกับระบบสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นต้องใช้หลายๆ วิธีจากการบูรณาการผสมผสานของศาสตร์ ต่าง ๆ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) เพื่อให้การดำเนินงานวัคซีนมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึง พัฒนารูปแบบบริการวัคซีน SAI & C ซึ่งเป็นรูปแบบเฉพาะของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา มาใช้ในการบริการวัคซีนในกลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ การบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 มีการดำเนินงานดังนี้

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ทะเบียนนัด รายงานการเข้ารับบริการในคลินิก WBC (Well Baby Clinic) จากฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา (JHCIS, 2565) รายงานความครอบคลุมของวัคซีนฐานข้อมูลโปรแกรม HDC (Health Data Center) ของจังหวัด สงขลา (Health Data Center สสจ. สงขลา, 2565)
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ค้นหาปัญหา ในการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา ร่วมวางแผนสร้างแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เพื่อให้สอดคล้อง กับบริบทของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้าง และพัฒนาโปรแกรมติดตามความครอบคลุมวัคซีน ของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เพื่อค้นหาแนวคิด รูปแบบกระบวนการทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ที่เป็นรูปแบบเฉพาะของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา
2. จัดประชุมทีม ช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 เพื่อร่วมหาแนวทางการจัดรูปแบบการบริการวัคซีน คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ผู้เข้าประชุมจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำคลินิกหมอ ครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัย ที่ศึกษามาสรุปได้ขั้นตอนที่ 1 มานำเสนอต่อผู้เข้าร่วมประชุม กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาในการประชุมประมาณ 1 ชม. ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญที่ได้จากการประชุมเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ให้ที่ประชุมได้รับทราบ ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ จึงนำมาซึ่ง รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา
3. นำรูปแบบบริการวัคซีน SAI & C ที่ได้ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ ปรับปรุงประเด็นการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศในการติดตามความครอบคลุมของวัคซีนในกรณีที่ได้ 0 - 5 ปี ต้องย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครอง และต้องมีการแจ้งให้ รพ.สต. ที่เด็กย้ายเข้าไปอยู่เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับทราบ การส่งต่อข้อมูล และตามเด็กมารับวัคซีนต่อไป
4. แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยเพิ่มเติมกิจกรรมในรูปแบบโดยประสานกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. สถานบริการสาธารณสุขในอำเภอสะเดา
5. นำรูปแบบบริการวัคซีนของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา รูปแบบ SAI & C ฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาล สะเดา ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยทั้งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เด็กอายุ 0 - 5 ปี อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 8 ตำบลสำนักแต้ว อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา และอาศัยอยู่ใน 6 ชุมชน ของเขตเทศบาลสะเดา ได้แก่ชุมชนท่าพรุ 1 ชุมชนท่าพรุ 2 ชุมชนวังสำราญ ชุมชนวังธง ชุมชนกาญจนาพรุราษฎร์โรจน์ และชุมชนศาลาหวด ในระหว่างเดือนมกราคม - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 261 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 เด็ก 0 - 5 ปี ที่มารับบริการฉีดวัคซีนที่คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา จำนวน 104 คน

กลุ่มที่ 2 เด็ก 0 - 5 ปี ที่มารับบริการฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปางงิ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในเขตอำเภอสะเดา จำนวน 89 คน

กลุ่มที่ 3 เด็ก 0 - 5 ปี ที่มารับบริการวัคซีนฉีดวัคซีนที่คลินิกเอกชนหรือสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเขตอำเภอสะเดา จำนวน 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2 คือ รูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C ประกอบด้วย S: Service system (ระบบบริการ) A: Appointment and tracking system (ระบบการนัดและการติดตาม) I: Information system (ระบบสารสนเทศ) C: Coverage Tracking System (ระบบการติดตามความครอบคลุม) และโปรแกรมตรวจสอบความครอบคลุมวัคซีนของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ทะเบียนนัดวัคซีน โดยเปรียบเทียบอัตราการขาดนัดวัคซีนของเด็กที่มารับบริการฉีดวัคซีน ณ. คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

2.2 ทะเบียนความครอบคลุมวัคซีน โดยเปรียบเทียบอัตราความครอบคลุมวัคซีนของเด็ก 0 - 5 ปี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสะเดา

2. ศึกษาข้อมูลแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันจากแหล่งต่าง ๆ และคิดค้นรูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C ที่เป็นรูปแบบเฉพาะของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา

3. ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา อธิบายกระบวนการขั้นตอนการวิจัย และการกิจกรรมตามรูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C ที่กำหนด

ขั้นทดลอง

5. ผู้วิจัยนำ รูปแบบการบริการวัคซีนของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา มาดำเนินการภายใต้แนวคิด SAI & C มีกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบกิจกรรมบริการวัคซีน

รูปแบบ SAI & C	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	การ ประเมินผล
S : Service system (ระบบบริการ)	- บริการฉีดวัคซีนใน คลินิก WBC 2/เดือน - บริการฉีดวัคซีน เชิงรุกในชุมชน กรณี เด็กขาดฉีดวัคซีน มากกว่า 3 เดือน	1. ตรวจสอบรายชื่อเด็กที่นัดจากระบบ JHCIS 2. ลงทะเบียนผู้รับบริการ 3. นัดวัคซีนครั้งต่อไปในสมุดสีชมพู และทะเบียนนัด 4. คลินิก WBC ทุกพฤหัสบดี ที่ 2 และ 4 ของเดือน 5. คีย์ข้อมูลบริการในระบบ JHCIS ส่งข้อมูลออกใน ระบบ 43 6. สรุปรายชื่อผู้มารับบริการวัคซีน และสรุปรายชื่อ เด็กที่ขาดนัดในแต่ละครั้ง 7. กำหนดจุดฉีดวัคซีนในชุมชน 8. นัดผู้ปกครองนำเด็กมาฉีดวัคซีนตามจุดนัด /ตาม ลงไปฉีดวันขึ้นที่บ้านกรณีผู้ปกครองไม่มาที่จุดนัด	มกราคม ถึง ธันวาคม 2565	-ทะเบียน ผู้รับบริการ -ทะเบียนนัด
A :Appointment and tracking system (ระบบการนัด และการ ติดตาม)	การนัดวัคซีนเด็ก แรกเกิด -การนัดในคลินิก WBC - ระบบติดตามกรณี เด็กขาดนัด	1. การขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด และลงนัดฉีดวัคซีน ในสมุดสีชมพู 2. การนัดวัคซีนคลินิก WBC โดยใช้โปรแกรม ตรวจสอบความครอบคลุมวัคซีน PCC รพ.สะเดา คำนวณวันนัด 3. ก่อนถึงกำหนดนัด 1 วัน ส่งรายชื่อเด็ก แจ้งเตือน วันนัดผ่าน Line group ผู้ปกครอง และLine group อสม. 4. คลินิก WBC เวลา 15.00 น. ตรวจสอบรายชื่อ โทรศัพท์ตามเด็กขาดนัด	กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2565	-ทะเบียน ผู้รับบริการ -ทะเบียนนัด

รูปแบบ SAI & C	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	การ ประเมินผล
	-	- ในกรณีที่ไม่สามารถมารับบริการให้ผู้ปกครองนำสมุดสีชมพูเพื่อเลื่อนนัดในพฤษภาคมต่อไป - ขาดนัดมากกว่า 3 เดือน ให้ขอสม. ตรวจสอบหากเด็กย้ายออกนอกพื้นที่ ให้ปรับฐานข้อมูลประชากรในโปรแกรม JHCIS - กรณีรับวัคซีนนอกสถานที่ โทรศัพท์สอบถาม หรือให้ผู้ปกครอง อสม. ถ่ายประวัติฉีดวัคซีนส่งทาง Line group		
I :Information system (ระบบ สารสนเทศ)	- การให้สุขศึกษาและแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Social media - การให้คำปรึกษา - ติดตามวัคซีนและการเยี่ยมบ้านโดยใช้ระบบ GIS (geographic information system)	1. กำหนดแผนให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีน การดูแลสุขภาพเด็ก โรคที่ควรระวัง ผ่านทาง Social media (Line group และ Facebook ของ PCC รพ. สะเตา) สัปดาห์ละ 1 เรื่อง 2. บริการให้คำปรึกษาผ่านช่องทาง Social media 3. ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กขาดนัด หรือขาดวัคซีน - ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน - โทรศัพท์นัด อสม. และเจ้าของบ้าน - ตรวจสอบพิกัด ศึกษาเส้นทาง วางแผนการเดินทางโดยใช้ระบบ GIS - เยี่ยมบ้านแบบองค์รวม	กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2565	- ทะเบียนผู้รับบริการ - ทะเบียนนัด - ทะเบียนความครอบคลุม
C : Coverage Tracking System (ระบบการ ติดตามความ ครอบคลุม)	- การติดตามความครอบคลุมวัคซีน	1. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย เด็ก 0 - 5 ปี 2. จัดทำทะเบียนความครอบคลุมวัคซีนเด็ก 0 - 5 ปี 3. จัดทำทะเบียนนัด/เด็กขาดนัดในคลินิก WBC ของแต่ละเดือน 5. ใช้โปรแกรมตรวจสอบความครอบคลุมวัคซีน PCC รพ. สะเตา กรณีเด็กฉีดวัคซีน รพ.สต. รพ.ใน อ. สะเตา 6. โปรแกรม HDC สสจ. สงขลา ตรวจสอบข้อมูลวัคซีน 7. กรณีเด็กที่ฉีดวัคซีนหน่วยบริการอื่น โทรศัพท์ สอบถาม หรือ ให้ผู้ปกครองหรือ อสม. ถ่ายประวัติฉีดวัคซีนส่งทาง Line group	กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2565	- ทะเบียนเด็ก 0 - 5 ปี - ทะเบียนความครอบคลุม - ทะเบียนนัด / ขาดนัด

ขั้นหลังทดลอง

6. หลังการทดลองใช้รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลอัตราการขาดนัดวัคซีนของเด็กที่มาใช้บริการจากทะเบียนการนัด เก็บข้อมูลอัตราความครอบคลุม จากโปรแกรมความครอบคลุมวัคซีนของวัคซีนซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเตา และข้อมูลจาก HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

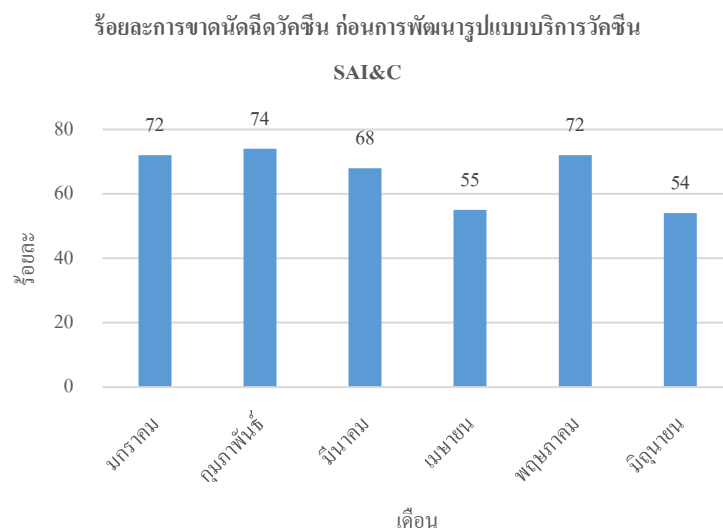
วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบอัตราการขาดนัดวัคซีนและอัตราความครอบคลุมวัคซีนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้ความถี่และร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข SDSK 8/ปี 2566 ลงวันที่ 12 ม.ค. 66 โดยมีการพิทักษ์สิทธิครอบคลุมทุกกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

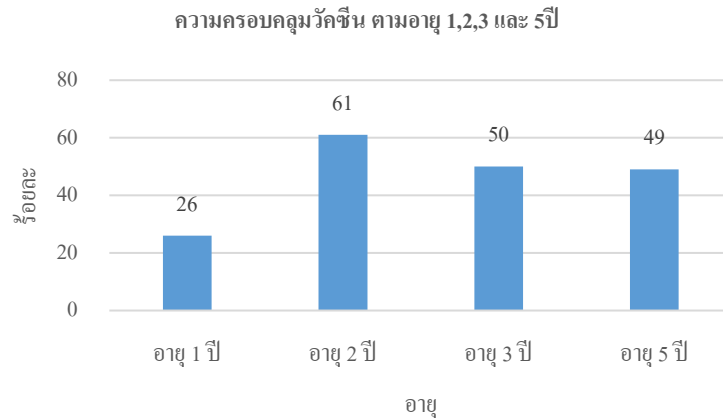
1. การศึกษาสภาพการณ์การขาดนัดวัคซีนของเด็ก 0 - 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสะเดา และช่วงเดือนมกราคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ก่อนใช้รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C เด็กขาดนัดฉีดวัคซีนเป็นจำนวนมากโดยเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 65 ดังภาพแผนภูมิที่ 1



ข้อมูลจากทะเบียนนัดวัคซีน PCC รพ.สะเดา มกราคม-มิถุนายน 2565

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละการขาดนัดฉีดวัคซีน ก่อนการพัฒนาแบบบริการวัคซีน SAI & C

สภาพการณ์การความครอบคลุมวัคซีนของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ก่อนใช้โปรแกรม SAI & C มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 1 ปี 2 ปี 3 ปี 5 ปี ร้อยละ 26, 61, 50 และ 49 ตามลำดับ ดังภาพแผนภูมิที่ 2



ข้อมูลจากโปรแกรม J2 PCC เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2565

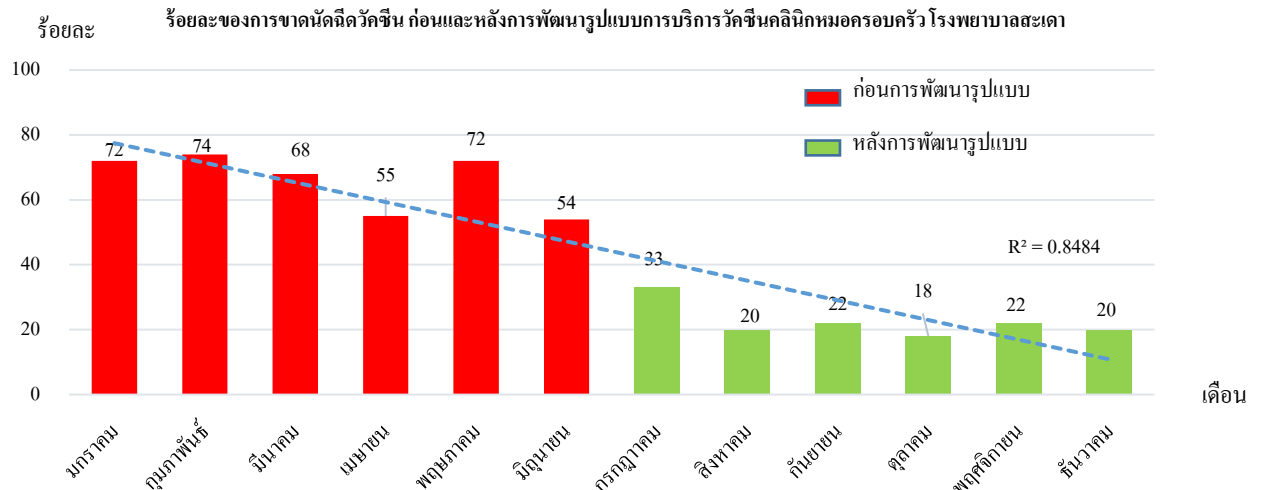
แผนภูมิที่ 2 ความครอบคลุมวัคซีน ตามอายุ 1,2,3 และ 5 ปี

2. การพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา คือ รูปแบบ SAI & C ประกอบด้วย 1) ระบบบริการ (Service system) กิจกรรมประกอบ ลงทะเบียนเด็กมารับบริการ ตรวจสอบประวัติวัคซีน นัดในสมุดสีชมพู บริการฉีดวัคซีน คีย์ข้อมูลในระบบ JHCI 2) ระบบการนัดและการติดตาม (Appointment and tracking system) กิจกรรมประกอบด้วย วางแผนวัคซีนเด็กแรกเกิด การนัดในคลินิก WBC ทะเบียนนัดและทะเบียนความครอบคลุมวัคซีน ระบบแจ้งเตือนก่อนถึงวันนัด และระบบติดตามกรณีเด็กขาดนัด3) ระบบสารสนเทศ (Information system) กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสาร ติดตามวัคซีนและการเยี่ยมบ้านโดยใช้ระบบ GIS (geographic information system) 4) ระบบการติดตามความครอบคลุม (Coverage Tracking System) การติดตามความครอบคลุมวัคซีนโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบความครอบคลุมวัคซีนของ PCC รพ. สะเดา โปรแกรม HDC สสจ. สงขลา และการใช้โทรศัพท์ (ภาพ2)



ภาพที่ 2 รูปแบบบริการวัคซีน CAI&C

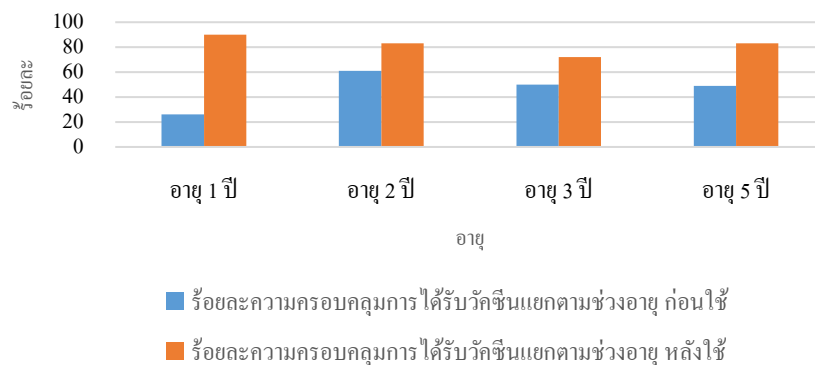
3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนมีเด็กมาฉีดวัคซีนมากขึ้น อัตราการขาดนัดการรับวัคซีนลดลงจากเฉลี่ยร้อยละ 65 ต่อเดือน เป็นร้อยละ 20 ต่อเดือน (แผนภูมิที่ 3) นอกจากนี้อัตราความครอบคลุมการรับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี และ 5 ปี เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26, 61, 50 และ 49 เป็นร้อยละ 90, 83, 72 และ 83 ตามลำดับ ซึ่งยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาได้กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 (แผนภูมิที่ 4)



ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนนัดวัคซีนของ PCC รพ. สะเดา เดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2565

แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบการขาดนัดฉีดวัคซีน ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C

เปรียบเทียบความครอบคลุมวัคซีนเด็ก 1-5 ปี แบ่งตามช่วงอายุ



ข้อมูลจากโปรแกรม J2 PCC เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2565

แผนภูมิที่ 4 ความครอบคลุมวัคซีนตามช่วงอายุ ก่อนพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีน SAI & C

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา ขยายพื้นที่บริการไปในเขต 6 ชุมชนของเขตเทศบาลเมืองสะเดา ทำให้เด็ก 0-5 ปี เพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน การบริการวัคซีนระบบเดิม อันประกอบด้วย การตรวจสอบรายชื่อเด็กที่นัด การลงทะเบียน ฉีดวัคซีนในคลินิก WBC (Well Baby Clinic) การนัด การลงข้อมูลบริการในระบบ JHCIS พบปัญหาเด็กขาดนัดวัคซีน เฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 65 สาเหตุเนื่องจากลืมนัด เด็กไม่สบาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภานิช ธรรมทินโน (2561) กล่าวว่าสาเหตุ ได้แก่ การลืมนัด เด็กป่วย พ่อแม่ย้ายไปที่อยู่ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันความครอบคลุมการรับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี และ 5 ปี เพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 26, 61, 50 และ 49 ตามลำดับ ต่ำกว่าตัวชี้วัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลากำหนดไว้ทุกกลุ่มอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา คือ รูปแบบ SAI & C ประกอบด้วย 1)ระบบบริการ (Service system) กิจกรรมประกอบ ลงทะเบียนเด็กมารับบริการ ตรวจสอบประวัติวัคซีน นัดในสมุดสีชมพู บริการฉีดวัคซีน คีย์ข้อมูลในระบบ JHCI 2)ระบบการนัดและการติดตาม (Appointment and tracking system) กิจกรรมประกอบด้วย วางแผนวัคซีนเด็กแรกเกิด ทะเบียนนัดในคลินิก WBC ทะเบียนความครอบคลุมวัคซีน ระบบแจ้งเตือนก่อนถึงวันนัด 1 วัน และการติดตามเด็กที่ขาดนัดก่อนหมดเวลาบริการในคลินิก 1 ชม. 3)ระบบสารสนเทศ (Information system) กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีน สัปดาห์ละ 1 เรื่อง มีการถาม ตอบ ปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับวัคซีน ผ่านทาง Social media ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนมากขึ้น และนำบุตรหลานมาฉีดวัคซีนตามนัดมากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภานิช ธรรมทินโน (2561) กล่าวว่า การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 4) ระบบการติดตามความครอบคลุม (Coverage Tracking System) ติดตามความครอบคลุมโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบความครอบคลุมวัคซีนของ PCC รพ.สะเดา โปรแกรม HDC สสจ. สงขลา รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C เป็นรูปแบบการบริการที่ผสมผสานหลาย ๆ รูปแบบในการแก้ไขปัญหาทางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน โดยไม่มีรูปแบบที่ตายตัว อาศัยเทคนิคกระบวนการตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ที่ได้พระราชทานไว้ให้คือ “การเข้าถึง เข้าใจ และพัฒนา” จึงจะเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน (สุเมธ ดันดีเวชกุล, 2559)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการวัคซีนคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสะเดา หลังการใช้รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C เด็กมาฉีดวัคซีนมาก การขาดนัดน้อยกว่าก่อนมีการพัฒนารูปแบบบริการวัคซีน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอแม้ง และธูปนรินทร์ ประทีปเกาะ (2562) ที่กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการนำบุตรหลานมารับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ความครอบคลุมวัคซีนหลังการใช้รูปแบบบริการวัคซีน SAI & C มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นทุกช่วงอายุ โดยมี ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี 5 ปี เท่ากับ 90 83 72 และ 83 ตามลำดับ นับได้ว่าการดำเนินงานวัคซีนรูปแบบ SAI & C ประสบความสำเร็จสืบเนื่องจากการนำระบบบริการหลายรูปแบบมาผสมผสาน โดยเฉพาะระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบ Social media สอดคล้องกับงานวิจัยของ ของ ศุภานิช ธรรมทินโน (2561) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เด็ก 0 - 5ปี สำเร็จผลจากการใช้มาตรการกระตุ้นเตือนผ่าน Social media (Line group) สื่อบุคคล และผ่านที่ประชุมต่างๆ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอิระฟาน หะยียีเต และประภาภรณ์ หลังปูเต๊ะ (2563) กล่าวว่ารูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การพัฒนาคุณภาพบริการ 2) การสื่อสารกับชุมชน และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเด่นของการวิจัย

เป็นรูปแบบบริการวัคซีนเกิดจากปัญหาหน้างานทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทการเปลี่ยนแปลงประชากรในพื้นที่ ณ.ช่วงเวลานี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

เป็นการศึกษา ณ.ช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไป และไม่ได้ปฏิบัติที่ต่อเนื่องข้อมูลอาจเปลี่ยนแปลงได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

อำเภอสะเตาะเป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ และมีด่านเข้าออกไทย - มาเลเซีย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยให้เกิดการขยายตัวของผู้คน แรงงาน และความเจ็บไข้ได้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพด้านต่าง ๆ รวมถึงการดำเนินงานด้านวัคซีน ซึ่งรูปแบบบริการ SAI & C สามารถพัฒนาระบบการทำงาน การติดตามวัคซีนในประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น การติดตามการฉีดวัคซีนในเด็กนักเรียน ของงานอนามัยโรงเรียน หรือการติดตามกลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคอ้วน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค กลุ่มผู้พิการทางสมอง กลุ่มผู้ป่วยธาลัสซีเมีย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น รูปแบบบริการ SAI & C สามารถพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้รูปแบบกิจกรรมมีความสอดคล้องกับบริบทชุมชนและเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษามุมมองความเชื่อ หรือปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของผู้ปกครองเด็ก 0 - 5 ปี
2. การศึกษาเชิงคุณภาพแบบอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่มาขาดนัด หรือปฏิเสธการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบุตรหลาน เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ต่อไป

รายการอ้างอิง

- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ชนเมธ เตชะแสนศิริ, วีระชัย วัฒนวิโรต, อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, และฤติวิไล สามโกเศศ. (2562). *ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2562*. กรุงเทพฯ: กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชำชูติน ดายะ, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และเจษฎากร โนอินทร์. (2561). ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี. *วารสารกรมการแพทย์*. 43(5): 137-141.
- ณปภา ประยูรวงษ์ และมารุต ภูเพนียด. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจียน อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารTJPHS*. 2(2): 43-53.
- นครินทร์ สุวรรณแสง และภราดร ยิ่งยวด. (2563). คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาล วิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*. 35(1): 5-17.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 12(1): 38-48.
- บุษกร พันธเมธาฤทธิ, ลักขณา คงแสง, จุฑารัตน์ คงเพชร, ปราณี คำจันทร์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และพรทิพย์ พูลประภัย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 39(2): 23-36.
- รุสนา ดอเม้ง และฐปนรรักษ์ ประทีปเกาะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0 - 5 ปีรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 28(2): 224-235.
- ศุภานิช ธรรมทินโน. (2561). การพัฒนาระบบติดตามความครอบคลุมในการรับวัคซีนของเด็ก 0-5 ปีในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 1(3): 62-69.
- อมรรัตน์ นธะสนธิ. (2559). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีทางการพยาบาลปีการศึกษา 2559*. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อภิขญา หิมา และวัลลภา เขยบัวแก้ว. (2565). *การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน*. Thaksin University Online Journal 2022; 2022(1): EHST-29(89): 1-17.
- อัมระพาน หะยิ้อัด และประภาภรณ์ หลั่งปุเต๊ะ. (2563). รูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดยะลา. *วารสาร อัล-ฮิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอน*. 10(20): 137-148.
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2559). แนวพระราชดำริ การพัฒนาที่ยั่งยืน นำประโยชน์สุขสู่ประชาชน. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า*. 14(3): 51-64.
- Green, I. W., Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. (4th ed) .New York: Emily Barrosse.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planing third edition aneducational and ecological approach* (3rd ed.). California: Mayfield publishing company.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3–5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent

- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health



จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-591-9186

e-mail:the.jccph@gmail.com

วสธ.



<https://tci-thaijo.org/index.php/JCCPH>